

INFORME FINAL CORREGIDO

“Evaluación Programa de Vínculos del Subsistema de Protección y Promoción Social «Seguridades y Oportunidades» de la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social”

OCTUBRE 2018



Tabla de Contenido

1. SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS.....	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	4
4. POBLACIÓN Y FOCALIZACIÓN	10
4.1. Identificación de la Población Potencial, Objetivo y Beneficiaria	10
4.1.1. Población Potencial	10
4.1.2. Criterios de Focalización y Población Objetivo	13
4.1.3. Criterios de Priorización y Población Beneficiaria	17
4.2. Cuantificación de la Población Potencial, Objetivo y Beneficiaria	19
4.3. Caracterización de la Población Potencial, Objetivo y Beneficiaria.....	21
4.3.1. Caracterización de la Población Potencial	21
4.3.2. Caracterización de la población Beneficiaria Total	22
4.3.3. Caracterización de la población Beneficiarios de ASL	24
4.4. Evaluación de la Focalización	24
4.5. Evaluación de los Criterios de Priorización.....	29
4.6. Errores de Inclusión y Exclusión	31
5. MODALIDAD DE PROVISIÓN DEL BIEN O SERVICIO.....	36
5.1. Objetivos de Fin y Propósito	36
5.2. Componentes	39
5.2.1. Acompañamiento a la Trayectoria – Programa EJE	39
5.2.2. Acompañamiento Psicosocial (APS)	40
5.2.3. Acompañamiento Socio laboral (ASL).....	42
5.2.4. Transferencia Monetaria	43
5.2.5. Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales.....	43
6. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE PROVISIÓN DEL BIEN O SERVICIO (COMPONENTES)	46
6.1. Aspectos Metodológicos.....	46
6.2. Levantamiento de Macro procesos.....	47
6.2.1. Aspectos Generales	47
6.2.2. Macro Proceso Programa Vínculos.....	49
6.3. Implementación de los Componentes	55
6.3.1. Acompañamiento a la Trayectoria – Programa EJE.....	55
6.3.2. Acompañamiento Psicosocial (APS)	60
6.3.3. Acompañamiento Socio laboral (ASL).....	72
6.3.4. Transferencia Monetaria	76
6.3.5. Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales.....	79

6.4.	Seguimiento y generación de Información para la Gestión	83
6.4.1.	Orientaciones Metodológicas para el Seguimiento y la Evaluación	84
6.4.2.	De los Instrumentos metodológicos de Registro de Actividades	85
6.4.3.	Procesos Específicos relacionados al Seguimiento y Evaluación	88
7.	Conclusiones y Recomendaciones	96
7.1.	Conclusiones	96
7.2.	Recomendaciones	101
8.	BIBLIOGRAFIA CITADA.....	109
9.	ANEXOS	112
9.1.	Población y Focalización	113
9.1.1.	Criterios de Priorización aplicados para Nómina 2017	113
9.1.2.	Indicadores para la priorización ASL 2017	115
9.1.3.	Bases de Datos recibidas del MDS para el Desarrollo del Estudio.....	117
9.1.4.	Caracterización Población Potencial.....	119
9.1.5.	Caracterización Población Beneficiaria 2014.....	129
9.1.6.	Caracterización Población Beneficiaria 2015-2017	135
9.1.7.	Caracterización Población Beneficiaria ASL.....	144
9.2.	Metodología de Evaluación Implementación	151
9.2.1.	Metodología e Instrumentos	151
9.2.2.	Metodología y Análisis de las Entrevistas.....	156
9.2.3.	Instructivo para los Entrevistadores	159
9.2.4.	Guion de Entrevista por Roles	160
9.2.5.	Clasificación de los Indicadores de la Matriz de Bienestar en Productos y Resultados	183
9.3.	Macroproceso Programa Vínculos	189
9.3.1.	Proceso 1: Construcción de Nómina.....	189
9.3.2.	Proceso 2: Invitación a Municipios	192
9.3.3.	Proceso 3: Acompañamiento a la Trayectoria - Programa Eje - Etapa Diagnóstico	197
9.3.4.	Proceso 4: Acompañamiento Psicosocial	203
9.3.5.	Proceso 5: Acompañamiento Socio laboral	208
9.3.6.	Proceso 6: Bonos y Transferencias Monetarias	213
9.3.7.	Proceso 8: Servicios y Prestaciones Sociales	224
9.3.8.	Proceso 9: Asistencia Técnica y Capacitación.....	228
9.3.9.	Anexo: Referencias Normativas y Otras	233

1. SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

AM. Adulto Mayor

APS. Acompañamiento Psicosocial

ASL. Acompañamiento Socio laboral

CSE. Calificación socioeconómica

DIPRES. Dirección de Presupuesto

EGV. Especialista en grupos vulnerables (SEREMI MDS)

ER SEREMI. Encargado(a) Regional del MDS

FPS. Ficha de Protección Social

IPS. Instituto de Previsión Social

MC. Monitor(a) Comunitario

MDS. Ministerio de Desarrollo Social

RSH. Registro Social de Hogares

SENAMA. Servicio Nacional del Adulto Mayor

SEREMI. Secretaria Regional Ministerial

SIIEF. Sistema de Información del Ingreso Ético Familiar

SIGEC. Sistema de Gestión de Convenios

TTMM. Transferencias Monetarias

2. INTRODUCCIÓN

Este documento corresponde al Informe Final corregido de la consultoría adjudicada a Capablanca Ltda. denominada: “Evaluación Programa de Vínculos del Subsistema de Protección y Promoción Social Seguridades y Oportunidades, de la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social”.

Se aborda -de los Términos de Referencia Bases Técnicas del Título V¹ - los literales siguientes:

- i. Los criterios de focalización y priorización de la población beneficiaria.
- ii. La pertinencia y coherencia entre los bienes y servicios entregados por el programa, y la consecución de los objetivos del mismo.
- iii. Los procesos involucrados en la provisión de los bienes y servicios.
- iv. Los instrumentos y metodologías que se emplearán para la identificación y levantamiento de los procesos involucrados en la provisión de bienes y servicios. En este sentido, es primordial no solo señalar la(s) metodología(s) a utilizar, sino también explicar en detalle cómo se va a obtener la información a precisar con que instancias se pretende interactuar para estos fines. En otras, palabras se busca que la propuesta metodológica responda de manera precisa a las características y particularidades del programa y su implementación.
- v. Los problemas y limitantes de la gestión del programa.
- vi. Las brechas entre el diseño teórico y la implementación del programa.
- vii. La coordinación entre los diferentes actores relevantes (MDS, SENAMA y Municipios).
- viii. Los procesos de seguimiento y generación de información para la gestión.

El capítulo 1 se refiere a las siglas y abreviaturas utilizadas, y el capítulo 2 corresponde a la presente introducción. En tanto, el capítulo 3 entrega una descripción sintética del programa donde se identifican las entidades involucradas y las funciones que desempeñan, los objetivos que se persiguen y los bienes y servicios que entrega. El capítulo 4 se refiere a la población que define y la focalización que establece el programa, haciendo un análisis de los errores de inclusión y exclusión. El capítulo 5 aborda el diseño a través del análisis de la matriz de marco lógico y su relación con la normativa legal que lo sustenta. El capítulo 6 hace una evaluación de la implementación de los procesos de provisión de los componentes. Finalmente, el capítulo 7 hace una síntesis de las conclusiones y recomendaciones. Para el lector interesado y para facilitar la lectura del

¹ DIPRES. **Aprueba bases administrativas, técnicas y anexos de licitación pública para realizar la evaluación del Programa Vínculos del Subsistema de Protección y Promoción Social “Seguridades y Oportunidades”, de la Subsecretaría de Servicios Sociales, del Ministerio de Desarrollo Social.** RE 791. 2017 26 de diciembre.

informe, se dejaron en el anexo el detalle del análisis de base de datos, el levantamiento de procesos y la metodología de las entrevistas y su análisis.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

La Ley 20.595 de 2012 creó el Subsistema de Protección y Promoción Social “Seguridades y Oportunidades” con el objetivo de promover que las familias y personas accedan a mejores condiciones de vida, a través de la superación de condiciones de pobreza extrema y vulnerabilidades sociales que les afecten, así como garantizar el ejercicio de sus derechos a lo largo de todo el ciclo vital.

Además de familias en situación de pobreza extrema, el Subsistema reconoce y prioriza los grupos vulnerables vinculados a lo que fue Chile Solidario², que al establecer un diseño común para las intervenciones sobre toda la población atendida, implicó adecuaciones y una reformulación metodológica a los programas que ya se encontraban en operación para la atención de grupos vulnerables específicos.

El primer componente de este Subsistema son los programas de acompañamiento, en que profesionales especializados llevan a cabo una metodología de intervención que ha sido diseñada en función de las características específicas de la población que atienden. Estos programas son los siguientes: Vínculos, Familias³, Abriendo Caminos⁴ y Calle⁵.

En particular, el Programa Vínculos forma parte de las políticas públicas orientadas a las personas adultas mayores (AM) del país, promoviendo el ejercicio de sus derechos y su participación activa en redes, reforzando la valorización de esta etapa de su vida. Su objetivo es la generación de condiciones que les permitan alcanzar mejores condiciones de vida mediante el acceso a prestaciones sociales e integración a la red comunitaria de promoción y protección social, promoviendo su autonomía y participación social.

Las entidades involucradas son el **Ministerio de Desarrollo Social (MDS)**, cuyo rol es el de administrador, coordinador y supervisor del Subsistema y sus programas; el **Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)**, encargado de brindar la asistencia técnica (fundamentalmente a los(as) monitores comunitarios (MC)) y las Municipalidades, responsables de la ejecución del programa.

² Este programa, creado en el año 2002 como una estrategia gubernamental, innovadora y comprehensiva, buscó atacar las diferentes dimensiones en las que se expresa la pobreza, en vez de reducirla sólo a la carencia de ingresos. Desde una intervención centrada en el individuo, estableció un sistema de protección social para familias en situación de extrema pobreza.

³ Está dirigido a personas y familias que se encuentran en situación de pobreza extrema y vulnerabilidad. Contempla un conjunto de servicios y prestaciones sociales para mejorar la calidad de vida de las personas y familias.

⁴ Apunta a niños, niñas y adolescentes que tienen un(a) adulto(a) significativo privado de libertad, teniendo como objetivo generar acciones de prevención y reparación en las condiciones de su desarrollo personal.

⁵ Aborda la exclusión y vulnerabilidad que afecta a las personas adultas en situación de calle, entregándoles alternativas de seguridad y protección, el desarrollo de capacidades y entrega de servicios psicosociales y socio laborales, buscando contribuir a que mejoren sus condiciones de vida.

Todos tienen la responsabilidad de trabajar coordinadamente, y para estos efectos, se celebran los convenios de transferencia de recursos y colaboración⁶. A nivel regional, cada SEREMI designa a un Encargado Regional y a Especialistas en Grupos Vulnerables (EGV) en función de las comunas focalizadas y desde SENAMA los Gestores Territoriales, quienes guían el proceso de asistencia técnica y capacitación a los ejecutores del programa.

A nivel local, están los(as) Encargados(as) Comunales (EC) del programa, siendo designados por el municipio para ejecutar técnica y administrativamente el programa en su territorio según convenio. Su función es coordinar el trabajo de los(as) MC y articular la red local y regional.

Por su parte, el (la) MC es quien ejecuta el programa en terreno, y podrá ser un profesional o técnico, preferentemente del área social o de salud y con experiencia en la temática adulto mayor. Es el(la) encargado(a) de desarrollar los componentes del programa, realizando los acompañamientos en terreno, promoviendo el uso de los servicios y programas sociales, como también de apoyar en la activación de las transferencias monetarias. Así, su acción consiste en la implementación del modelo de intervención, el que considera que los programas de acompañamiento se desarrollan en el domicilio de los(as) adultos(as) mayores, a partir de un conjunto de visitas que se corresponden a un número definido de sesiones según etapas de la intervención de acuerdo al diseño metodológico del programa de acompañamiento (psicosocial (APS) o socio laboral (ASL)).

Anualmente al MC se le aplica una evaluación de desempeño que mide competencias técnicas para la aplicación de la metodología, así como su planificación y organización para el cumplimiento de los componentes del programa. Esta evaluación se hace en conjunto entre el municipio y SENAMA, y la continuidad del(la) monitor(a) depende del resultado esta evaluación.

Existe una clasificación de comunas según su condición de aislamiento que incluye los factores de aislamiento estructural y grado de integración.⁷ De este modo, cada comuna tiene un coeficiente técnico de carga de atención de usuarios(as) por monitor(a), según se indica en la siguiente tabla.

⁶ Son convenios anuales que se establecen entre el MDS y SENAMA, y las SEREMIs del MDS con los municipios de cada región.

⁷ La condición de aislamiento resulta de la "...relación existente entre los componentes de Aislamiento Estructural (variables morfológicas, clima y demográficas) y Grado de Integración (capacidad que tiene el sistema regional para atenuar estas condiciones desventajosas y lograr niveles de integración que permitan que los territorios sobrepasen, aminoren o mitiguen los perjuicios del aislamiento y puedan acceder a las dinámicas y servicios sociales, económicos, políticos, y cívicos, entre otros, del que gozan la mayoría de los habitantes del país". Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. **Estudio Identificación de Territorios Aislados**. 2011

Cuadro 1. Grupos Zonales

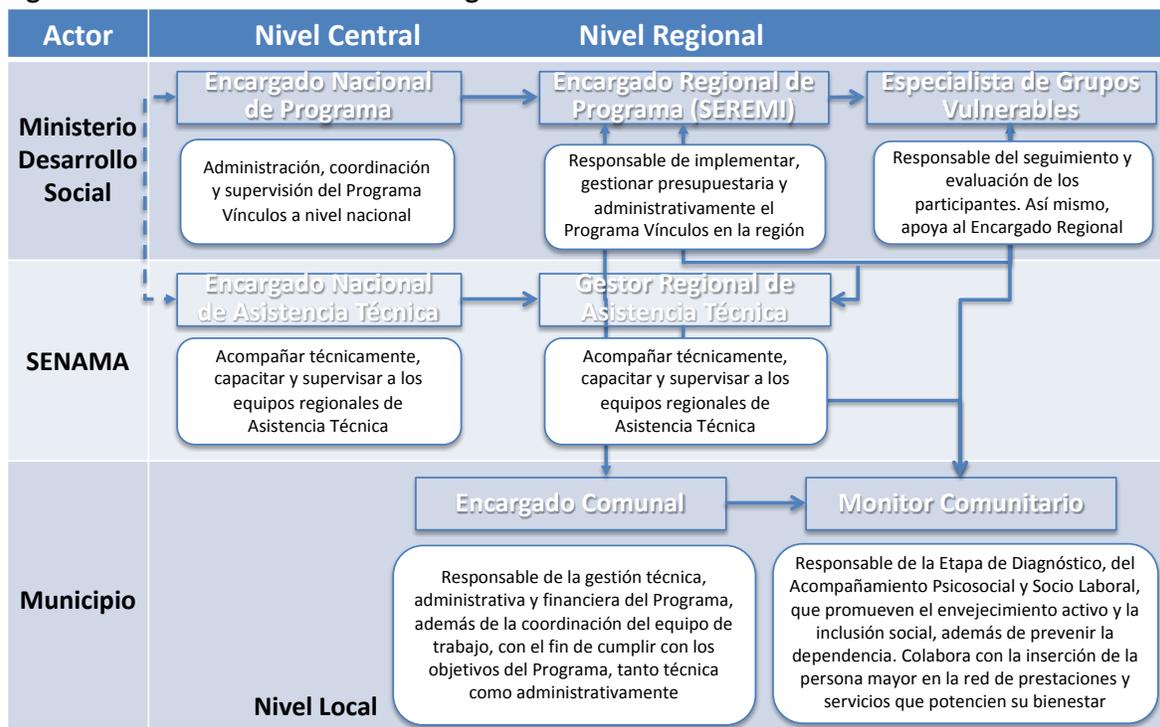
Grupo Zonal	Factor	N° de usuarios(as) por monitor(a)
Grupo 1	Comunas integradas o sin aislamiento	44
Grupo 2	Comunas con bajo índice de aislamiento	40
Grupo 3	Comunas con índice aislamiento medio	35
Grupo 4	Comunas de mayor índice de aislamiento	28

Fuente: Modelo convenio de Transferencia de Recursos Entre la Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social de la Región y Municipalidades respectivas.

Para la coordinación entre el MDS, SENAMA y municipios, se contempla la realización de **Mesas Técnicas** a nivel nacional, regional y comunal, las que se realizan por requerimiento de la respectiva SEREMI o de las propias comunas, para abordar temas como: el seguimiento del estado del programa, sanción del contenido tratado con los(as) usuarios(as) y análisis de casos críticos, siendo su principal **objetivo** asegurar una coordinación fluida y organizada entre los diferentes actores participantes de la intervención.

Se proporciona una ilustración de las relaciones entre los actores del Programa Vínculos.

Figura 1. Relaciones entre Actores Programa Vínculos



Fuente: Bases técnicas Consultoría 2018.

Los objetivos del Modelo de Intervención están señalados en el Reglamento del artículo 4º de la Ley Nº 20.595, en el art. 11 de DS 29⁸:

- a. Contribuir a que los usuarios(as) mejoren su calidad de vida a través de la aplicación de acciones individuales y colectivas que promuevan el envejecimiento activo, potenciando las habilidades físicas y psicológicas de los usuarios(as), evitando o retardando la dependencia.
- b. Promover el fortalecimiento y desarrollo de recursos, habilidades y capacidades personales y familiares necesarias para mejorar su calidad de vida.
- c. Lograr que los(as) usuarios(as) que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, accedan de forma preferente a un conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades.
- d. Lograr que el Acompañamiento Psicosocial (APS) tienda a constituirse en un proceso de mantenimiento activo que potencie las capacidades y habilidades laborales y técnicas, permitiendo mejorar la calidad de vida de los usuarios(as).
- e. Favorecer y fortalecer la vinculación de los usuarios(as) con su familia, entorno inmediato y con las redes existentes en el territorio comunal.

Los Componentes del Programa son los siguientes:

- i. **Acompañamiento a la Trayectoria – Programa EJE:** modalidad que tiene como objetivo el acompañamiento al AM durante toda su trayectoria en el Programa Vínculos. Contempla una fase inicial de visita a los potenciales beneficiarios(as) y en la que en un plazo de dos meses y en 3 sesiones se deben cumplir los siguientes hitos: a) La invitación a participar y que es refrendada por el(la) AM con la firma de una carta compromiso; b) La aplicación de un instrumento de diagnóstico inicial sobre la situación del beneficiario(a) en diversos ámbitos y c) la firma del beneficiario(a) del Plan de Intervención que contiene al menos, el programa de acompañamiento al que accederá, fechas de inicio y término, y las transferencias monetarias a que tendrá derecho. Además, contempla el seguimiento del usuario(a) durante todo el ciclo y la evaluación del primer y segundo año de intervención.
- ii. **Acompañamiento Psicosocial (APS):** Proceso de acompañamiento a cargo del MC, que considera sesiones individuales y grupales organizadas en 24 meses⁹. Las primeras se realizan en el domicilio del AM y las segundas en infraestructura pública municipal. Este acompañamiento busca potenciar el desarrollo de capacidades y habilidades, entregan orientación sobre preocupaciones o temas relevantes asociados al envejecimiento, como, por ejemplo: viudez y procesos de

⁸ Decreto 29 del 30-08-2013. **Aprueba Reglamento del artículo 4º de la ley nº 20.595, sobre otros usuarios del Subsistema de Protección y Promoción social "Seguridades y Oportunidades".**

⁹ Hasta el año 2015 su duración era de 12 meses, extendiéndose en las siguientes versiones a 24 meses. Esta prolongación no afecta la lógica de los procesos anteriores comparados con los actuales.

duelo, re-vinculación afectiva con la familia, deterioro de la salud y pérdida progresiva de autonomía física, entre otros. Cada AM construye y ejecuta un Plan de Desarrollo para abordar alguno de estos aspectos y que corresponde a una planificación que identifica barreras, recursos, actores y acciones en torno a las condiciones de bienestar en estado “A trabajar”, levantadas del análisis de la Matriz de Bienestar¹⁰.

- iii. **Acompañamiento Socio laboral (ASL):** Proceso de acompañamiento con una duración de 20 meses, partiendo al quinto mes luego del inicio del APS. Se estructura en sesiones individuales y grupales que son de responsabilidad del MC. Por razones presupuestarias considera la participación del 50% de la población que tiene el APS, según aplicación del instrumento “Criterios de priorización para participar en el acompañamiento socio laboral”¹¹. Busca fortalecer actividades básicas de la vida diaria (AVD) e instrumentales (AVDI), teniendo como propósito desarrollar una o más áreas de desempeño ocupacional. Para esto se construye y se implementa un Plan Ocupacional que puede considerar, por ejemplo, organizar su tiempo libre, facilitar su participación en organizaciones, realizar un emprendimiento, entre otras materias. Se espera contribuir al logro en el(la) AM de los indicadores asociados a las dimensiones de bienestar Ocupación y Autonomía, que fueron diagnosticadas como “A trabajar”.
- iv. **Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales**¹²: tiene por objetivo facilitar el acceso preferente de las personas mayores a la red institucional y oferta local de programas y servicios sociales existentes, para apoyar el proceso de intervención. Este componente está asociado a la gestión local, provincial y regional de servicios complementarios a la intervención y que responde a la demanda de los usuarios(as) y que cumplan con los requisitos para postular, por ejemplo, a ayudas técnicas del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), subsidio al agua potable, postulación a los Programas Autoconsumo, Habitabilidad, Yo emprendo Semilla, Apoyo a tu Plan laboral, Pensión Básica Solidaria, etc.
- v. **Bonos y Transferencias Monetarias transitorias:** aborda los Bonos y Transferencias Monetarias para todos los(as) participantes del programa sin exclusión¹³. El Bono de Protección¹⁴ se gatilla a partir de la firma del Plan de

¹⁰ La Matriz de Bienestar cuenta con un total de 5 dimensiones consideradas como ámbitos relevantes de la experiencia humana o derechos que debiesen ser ejercidos, siendo estas: Ocupación, Ingresos, Salud, Autonomía y Vivienda y Entorno.

¹¹ Una vez cerrada la lista de inscritos con el 50%, no es posible hacer ingresar a otros beneficiarios(as)

¹² Se usará este concepto que aparece en la RE 0778 del 16 sep. 2016 y en la RE 0898 del 4 agosto 2017. En otros documentos se utiliza el concepto de Gestión Oferta, como en Apoyo Integral al Adulto Mayor Vínculos – SS y OO. **Informe de Seguimiento de Programas Sociales.** (Cierre al 31 - diciembre - 2017) y en MDS. **Orientaciones Etapa Diagnóstico -Eje. Programa Vínculos 2017**

¹³ Estos recursos no están asociados al presupuesto de Vínculos. Son asignaciones propias en la ley de presupuestos. El bono de protección para todos los usuarios de SSyOO (incluidos los(as) AM de Vínculos) se paga por la asignación Art.2 Ley 19.949 y los bonos base al 5,4% de los(as) AM que presentan brecha de ingresos de acuerdo al índice de aporte al

Intervención y su materialización se traduce para el usuario(a) en el tercer mes de ingreso al programa una vez iniciado el componente APS, el cual se mantiene durante los dos años de ejecución. Además el ingreso al programa activa su acceso a recibir el bono Aporte Familiar Permanente¹⁵ en tanto cumpla los requisitos. Estas transferencias permiten aumentar los ingresos monetarios, generando una plataforma de seguridad para que cada participante, obtenga un desarrollo personal, orientado a generar su propio proceso de habilitación social.

ingreso familiar se pagan por la asignación Programa Bonificación IEF (Ley 20.595) (24-03-010). También se hacen cargos al Subsidio al pago electrónico (para los pagos bancarizados)

¹⁴ Estos se asignan a todos los beneficiarios(as) del programa y que comienzan el APS, se paga mensualmente. Su monto es decreciente, cada 6 meses va disminuyendo, por ejemplo, para el año 2018 su monto comenzó en \$ 17.010 y caerá hasta \$ 11.340 en el mes 19 al 24.

¹⁵ Esta prestación monetaria de carga fiscal no es administrada por el Ministerio de Desarrollo Social; sino por el Instituto de Previsión Social (IPS), quien además verifica las condiciones de cumplimiento.

4. POBLACIÓN Y FOCALIZACIÓN

El análisis de la población potencial, objetivo, beneficiaria y la focalización se realiza en seis secciones. La primera es la Identificación de la población potencial, objetivo y beneficiaria, donde se exponen y analizan los criterios que definen cada una de las poblaciones. En la sección siguiente se cuantifica esta población, de acuerdo a las fuentes de información disponibles.

En la tercera sección se realiza la caracterización de la población potencial, objetivo y beneficiaria, en base a las variables contenidas en las bases de datos recibidas del MDS, en el marco del presente estudio.

En la cuarta sección se evalúa la focalización del programa, en relación al diseño, la aplicación y los resultados. Le sigue la sección de evaluación de los criterios de selección, en relación a los mismos ámbitos.

Finalmente, en la sección seis, se analiza la presencia de posibles errores de inclusión y exclusión, de acuerdo al análisis realizado en las secciones previas.

4.1. Identificación de la Población Potencial, Objetivo y Beneficiaria

La identificación de la población potencial, objetivo y beneficiaria se realiza en base al análisis de los cuerpos legales y normativos que enmarcan la creación y funcionamiento del Programa Vínculos, considerando las definiciones que adoptó el propio programa¹⁶. Para este efecto, se comienza con el análisis de los criterios que definen la población potencial, luego los criterios de focalización y la población objetivo. Finalmente se abordan los criterios de priorización y población beneficiaria.

4.1.1. Población Potencial

El artículo 4 de la Ley 20.595 que crea el “Ingreso Ético Familiar que establece bonos y Transferencias Condicionadas para las Familias de Pobreza Extrema y Crea Subsidio al Empleo de la Mujer”, identifica la población potencial del Programa Vínculos de la siguiente forma:

¹⁶ Cabe señalar que las definiciones de población potencial, objetivo y beneficiaria utilizadas por MDS no coinciden con las definiciones metodológicas utilizadas por DIPRES. Ver al respecto Dirección de Presupuesto. **Evaluación Ex-Post: Conceptos y Metodologías**. División de Control de Gestión, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile. Santiago, junio 2015. http://www.dipres.gob.cl/598/articles-135135_doc_pdf.pdf

“Otros Usuarios del Subsistema.

Sin perjuicio de lo establecido en el inciso primero del artículo 3º, también podrán acceder al Subsistema las personas y sus familias, cuando corresponda, que se encuentren en situación de vulnerabilidad por cumplir con cualquiera de las siguientes condiciones:

(a) Tener 65 o más años de edad, vivir solo o con una persona y estar en situación de pobreza. Para la calificación de condición de pobreza no se considerarán los beneficios que le hayan sido otorgados de conformidad a la ley N° 20.255¹⁷.

El Informe de Seguimiento de Programa Sociales al 31 de diciembre del 2017¹⁸, en su sección Diagnóstico, señala el siguiente antecedente:

“Los principales problemas se relacionan con el aumento significativo de Adultos Mayores (AM) de 65 años y más, vulnerables que viven solos o acompañados de una persona, generalmente otro adulto mayor y que se encuentran desvinculados socialmente (social, familiar y comunitario)”.

En este sentido, cabe destacar que ni en la Ley 20.595¹⁹ ni en el Informe seguimiento antes mencionado, se define la población potencial en función de la “desvinculación” en ninguna de las dimensiones social, familiar y/o comunitaria, por lo que, para relacionar el diagnóstico y los objetivos del programa con la definición de población Potencial, se debe asumir una relación directa entre las condiciones de edad, vulnerabilidad y pobreza con un grado significativo de desvinculación, social, familiar y/o comunitaria.

Sin embargo, cabe señalar que este programa se creó inicialmente en el marco del Sistema de Protección Social Chile Solidario el año 2004, por la ley 19.949, el cual señala en su artículo 1º:

“Créase el sistema de protección social denominado “Chile Solidario”, en adelante “Chile Solidario”, dirigido a las familias y sus integrantes en situación de extrema pobreza, en adelante los “beneficiarios”, cuyo objetivo es promover su incorporación a las redes sociales y su acceso a mejores condiciones de vida.”

Esta misma ley señala en su artículo 4º, respecto de uno de los componentes del programa:

“El apoyo psicosocial a que hace referencia el artículo 2º de esta ley, consiste en un acompañamiento personalizado a los beneficiarios incorporados a “Chile Solidario”, por parte de un profesional o técnico idóneo, con el objeto de promover el desarrollo de las habilidades personales y familiares necesarias para satisfacer las condiciones mínimas de

¹⁷ Establece Reforma previsional. Última versión 28 abril 2017.

¹⁸ http://www.programassociales.cl/pdf/2018/PRG2018_3_60189.pdf.

¹⁹ “Crea el Ingreso Ético Familiar que establece Bonos y Transferencias Condicionadas para las familias de pobreza extrema y crea Subsidio al empleo de la mujer”.

calidad de vida, definidas por el reglamento de esta ley, y en una estrategia de intervención destinada a fortalecer la vinculación efectiva de los beneficiarios con las redes sociales y el acceso a los beneficios que están a su disposición. La metodología de intervención será elaborada por MIDEPLAN, con arreglo a lo dispuesto en la presente ley y su reglamento.”

De esta manera, si bien la desvinculación, con las redes sociales y el acceso a los beneficios que están a su disposición, se relevaba como la problemática a resolver durante el inicio del programa, no quedando suscrita estrictamente a personas adultas mayores (AM), sino como condición de vulnerabilidad de la población con menos recursos, ésta desaparece en los cuerpos normativos actualmente vigentes.

Resulta pertinente señalar también que, el marco normativo del programa no establece el índice de pobreza que debe ser aplicado. Si bien el artículo 3 de la Ley 20.595 señala: “Sólo para los efectos de esta ley, se entenderá que están en situación de pobreza extrema las personas y familias cuyo ingreso per cápita mensual sea inferior al necesario por persona para satisfacer sus necesidades alimentarias”, no se identifica el indicador específico para detectar a la población en condición de pobreza, solo sobre la pobreza extrema. Por ejemplo, en la encuesta CASEN 2015, se identifican tres índices de pobreza, además de la pobreza extrema: pobreza por ingresos, pobreza multidimensional con 4 dimensiones, y pobreza multidimensional con 5 dimensiones. Los universos que se obtienen al aplicar uno u otro índice son distintos. Como se observa en el cuadro a continuación, donde se compara el universo de la población de 65 o más años de edad, según pobreza: si se considera el índice de pobreza por ingresos, se identifica un universo de 101.919 personas mayores de 64 años, bajo la línea de pobreza y sobre la pobreza extrema; si se considera el índice de pobreza multidimensional con 5 dimensiones, se identifican 398.823²⁰ personas mayores de 64 años, bajo la línea de pobreza y sobre la pobreza extrema.

Cuadro 2. Comparativo entre Pobreza por Ingreso y Pobreza Multidimensional (Población de 65 años y más de edad, a nivel nacional según encuesta CASEN)

		Situación de pobreza multidimensional con Entorno y Redes (5 Dimensiones)		
		No pobre	Pobre	Total
Situación de pobreza por ingresos	No pobres	1.664.477	358.116	2.022.593
	Pobres no extremos	61.212	40.707	101.919
	Pobres extremos	13.432	11.061	24.493
	Total	1.739.121	409.884	2.149.005

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Casen 2015.

De esta manera, sería posible aplicar, de igual manera, un índice de pobreza por ingresos, alguno de los índices de pobreza multidimensional (de la Encuesta CASEN), o un índice de

²⁰ 398.823 = 409.884 (población mayor de 64 años, pobre según índice multidimensional con 5 dimensiones) – 11.061 (población mayor de 64 años, pobre según índice multidimensional con 5 dimensiones, bajo la línea de pobreza extrema)

pobreza corregido (por índice de necesidades y test de medios, por ejemplo), identificando distintos grupos de personas según el índice aplicado.

Respecto del instrumento utilizado para la cuantificación de la población potencial, el marco normativo solo establece el Registro Social de Hogares (RSH) como Instrumento Técnico de Focalización²¹, no habiendo ninguna referencia explícita respecto del instrumento para la identificación y cuantificación de la población potencial. De esta manera, actualmente, el programa identifica su población potencial en base al instrumento de Focalización (RSH), y como índice de pobreza se considera el ingreso del hogar corregido por un índice de necesidades y un test de medios.

4.1.2. Criterios de Focalización y Población Objetivo

Criterios de Focalización

El artículo 6to del Decreto Supremo 16 del 2013 del MDS, señala:

“Focalización.-

El procedimiento de focalización considerará las siguientes etapas:

a) Determinación de las familias y personas que cuentan con el último cuestionario vigente del Instrumento Técnico de Focalización;

b) Determinación de las personas y familias que se encuentran dentro del 10% más vulnerable de la población nacional encuestada en el Instrumento Técnico de Focalización, según los datos recabados a través del último cuestionario vigente;

c) Respecto de quienes se hallen dentro del 10% antes señalado, se identificará a las personas y familias que se encuentren en situación de pobreza extrema de conformidad con la ley. Para estos efectos se considerarán, a lo menos, los datos disponibles respecto de ingresos de la persona o familia, la composición familiar y los montos de subsidios monetarios que actualmente reciban; y finalmente,

d) Para efectos de su calificación, se elaborará una nómina de las personas y familias identificadas conforme a lo establecido en la letra precedente, en orden de menor a mayor puntaje.

Podrán ser identificadas personas y familias que se encuentran sobre el 10% y hasta el 20% más vulnerable de la población nacional encuestada en el Instrumento Técnico de Focalización, según los datos recabados a través del último cuestionario vigente, cuando de la información que se disponga, se verifique que ellas se encuentran en situación de pobreza extrema.”

²¹ Artículo 22 Ley 20.595 *“Para la selección de las familias y de las personas como usuarias del Subsistema creado en el Título Primero, el Ministerio de Desarrollo Social utilizará un instrumento técnico de focalización y un procedimiento de acreditación y verificación uniforme para toda la población del país, que considere, a lo menos, la información contenida en la Ficha de Protección Social o en el instrumento que la reemplace.”*

Por otro lado, el Informe de Seguimiento de Programa Sociales al 31 de diciembre del 2017, en su sección "4.3) Priorización de la Población: Población objetivo", identifica la población objetivo en función de las variables de priorización:

"Descripción: Criterios de Prioridad

- *Pobreza: Desde bajo la Línea pobreza Extrema (LPE) y dentro del 10% más vulnerable según RSH; a encontrarse bajo la Línea pobreza (LP) y dentro del 20% más vulnerable.*
- *Comp. hogar: mayor prioridad hogar unipersonal, hogar bipersonal con acompañante de 65 años o más, hogar bipersonal con acompañante entre 18 a 64 años, y hogar bipersonal con acompañante menor de 18 años.*
- *Situación ocupacional: prioridad decreciente de personas sin pensión a con pensión e ingreso laboral.*
- *Carencia Servicios Básicos: Vivienda sin acceso de agua rural/urbana.*
- *Edad: Mayor prioridad a personas de mayor edad.*
- *Ingreso equivalente: Variable continua que corresponde al ingreso utilizado para la construcción de la Calificación Socioeconómica del RSH.*
- *Última prioridad: a personas participantes de versiones anteriores del Programa."*

De esta manera, el programa identifica su población objetivo en función de los criterios de priorización, y la cuantifica en función del presupuesto que recibe cada año.

Por otro lado, es pertinente señalar que de acuerdo con el Decreto N°34 del 7 de diciembre del 2012 que Aprueba Reglamento de la Ley N°20.595, sobre el Subsistema de Protección y Promoción Social "Seguridades y Oportunidades", lo siguiente:

- Luego de aplicar los criterios de priorización, el Ministerio confecciona una nómina de usuarios(as) potenciales, de acuerdo a la cobertura anual, segmentada por comuna.
- Las Municipalidades priorizadas, deben aceptar o rechazar la invitación a participar en el programa²².
- Las personas que forman parte de la nómina prelada (aquella a la cual se le han aplicado los criterios de priorización), son invitadas a participar, a lo cual la persona debe consentir su aceptación o rechazo voluntario.

Adicionalmente, como lo establece la Resolución Exenta N°898 del 4 de agosto del 2017 que Aprueba Orientaciones de Implementación, Metodología y Procedimientos de Gestión del Modelo de Intervención del Subsistema Seguridades y Oportunidades, para Usuarios(as) del 65 años o más, el componente de Acompañamiento Socio laboral (ASL) del programa, aplica al 50% de los(as) usuarios(as) que participan en la intervención

²² En las entrevistas realizadas a actores claves en el contexto de esta consultoría, se ha señalado que hay un conjunto de comunas que no aceptan la invitación, debido a que cuando las comunas son aisladas y tiene una baja densidad de población, es muy difícil encontrar personas con el perfil exigido por el programa para desempeñarse como Monitor Comunal (MC) del Programa Vínculos, entre otros posibles motivos.

psicosocial²³, incorporando así un nuevo criterio de focalización, pertinente solo para el componente de ASL.

De esta manera, en base a la información expuesta, es posible inferir que los criterios de focalización corresponden a:

- Personas que se encuentren inscritas en el RSH.
- Personas bajo la línea de pobreza y hasta el 20% más vulnerable de la población nacional, según RSH.
- Concentración de la población potencial según comuna, considerando la clasificación zonal de aislamiento.
- Personas que residan en comunas cuyas municipalidades acepten la invitación o soliciten participar del programa.
- Personas que acepten la invitación a participar del programa.
- Al ASL pueden acceder el 50% de los beneficiarios del APS.

Aplicación de los criterios de focalización

Para la aplicación de estos criterios, se comienza extrayendo el listado de personas inscritas en el instrumento de focalización, el RSH, que cumplen con las condiciones de edad, composición del hogar y pobreza, al interior del grupo que pertenece al primer tramo de CSE del RSH (el 40% de la población más vulnerable del país).

Si bien el criterio de focalización corresponde al 20% más vulnerable, y no al 40%, el RSH considera como primer tramo de CSE pertenecer al 40% de la población más vulnerable, y no permite identificar subtramos al interior de cada tramo.

De esta manera, para aplicar el criterio de focalización de vulnerabilidad (pertenecer al 20% de la población más vulnerable), e identificar aquellas personas del listado que pertenecen al 20% más vulnerable, se aplica un Modelo de Caracterización Complementario al Uso de la Calificación Socioeconómica del RSH.

La aplicación de Modelos de Caracterización Complementarios al Uso de la Calificación Socioeconómica del RSH, se define en el artículo 40 del Decreto Supremo N°22 del Ministerio de Desarrollo Social del 2015, que Aprueba Reglamento del Artículo 5º de la Ley N° 20.379 y del Artículo 3º letra f) de la Ley 20.530:

Artículo 40.- En caso de que resulte procedente, el Ministerio propondrá la definición de uno o más modelos de caracterización que apoyen los procesos de identificación de usuarios de beneficios, programas y/o prestaciones sociales creadas por ley, complementarios al uso de la Calificación Socioeconómica, de acuerdo a lo señalado en artículo 6º, letra b) del presente reglamento.

²³ En el Capítulo 2 del presente documento se analiza esta definición con mayor profundidad.

El modelo complementario utilizado para el Programa Vínculos fue formalizado el año 2018²⁴. Para la nómina de años anteriores, se aplicó el mismo modelo que el Programa Familias, el cual se detalla en la Minuta Proceso de Identificación y Selección de Hogares para el Programa “Familias” del “Subsistema Seguridades y Oportunidades”.

Resulta interesante destacar que la Minuta señalada indica:

*“El método de focalización utilizado tradicionalmente ha supuesto que el Estado dispone de información de calidad asociada a los ingresos, proveniente de registros administrativos (o información auto-reportada por los hogares), tal que permite establecer con relativa certeza si las familias se encuentran o no en situación de pobreza extrema. Sin embargo, en la práctica, es muy difícil identificar correctamente a los hogares en situación de pobreza extrema de manera permanente sólo a partir de los registros administrativos. En primer lugar, existe un “área gris” de información asociada a ingresos informales que no es posible capturar a priori, pero además, se da el hecho que estos hogares transitan desde la pobreza extrema a la pobreza y, por sus condiciones especiales de vulnerabilidad, fácilmente pueden volver a recaer. Por eso, **parece más conveniente configurar la situación de pobreza extrema** de estos hogares no sólo a partir de los ingresos del hogar obtenidos a partir de registros administrativos, sino más bien **a partir de una serie de otras variables que ayuden a identificar de mejor manera a la población objetivo de SS&OO.**”*

El modelo consiste en un modelo logit de predicción²⁵, que considerando las variables presentadas en el Cuadro 3, estima la probabilidad de un hogar de encontrarse bajo el 40% de la CSE. De esta manera, se identifican las personas que pertenecen al 20% más vulnerable como aquellas que presentan una de mayor probabilidad de pertenecer al tramo del 40% de la CSE.

Cuadro 3. Variables empleadas en modelo de Caracterización Complementario al Uso de Calificación Socioeconómica, nómina 2017.

Variable	Descripción
Escolaridad mujer principal del hogar	Variable numérica que considera la escolaridad de la mujer principal del hogar (jefe de hogar o pareja). En caso de no existir, se considera al hombre jefe de hogar.
Jefe de hogar no cotiza en AFP	Variable dicotómica que considera si el jefe de hogar ha cotizado o no durante el último año en AFP
Hogar rural	Variable dicotómica que considera si el hogar es rural o urbano

²⁴ Norma General CVE 1364906 del MDS publicada en el Diario Oficial el pasado 13 de marzo 2018, “Establece Modelo de Caracterización Complementario al Uso de la Calificación Socioeconómica, del Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, para Identificar Subgrupos de Hogares de Mayor Vulnerabilidad dentro del 40% de los Hogares más Vulnerables (Primer tramo del RSH)”. División de Políticas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social.

²⁵ Un modelo logit (o regresión logística), es uno de los tipos de modelo de regresión donde la variable dependiente es dicotómica. El modelo logit y probit difieren en la función de probabilidad de base del modelo.

Variable	Descripción
Jefatura femenina de hogar	Variable dicotómica que considera si el jefe de hogar es mujer
Nº personas del hogar	Variable numérica que detalla el número de integrantes del hogar
Jefe de hogar con Isapre	Variable dicotómica que considera si el jefe de hogar cotiza o no en el sistema Isapre
Jefe de hogar con Fonasa tramo D	Variable dicotómica que considera si el jefe de hogar cotiza o no el grupo D de Fonasa
Hogar monoparental	Variable dicotómica que considera si el hogar es monoparental
Ratio dependientes/ integrantes del hogar	Índice que considera la relación entre los dependientes del hogar, entendiendo por dependiente a menores de 18 años, mayores de 60 años, personas en situación de discapacidad moderada o severa, mujeres embarazadas o amamantando, y el total de integrantes del hogar.

Fuente: Norma General CVE 1364906 del MDS publicada en el Diario Oficial el pasado 13 de marzo 2018, "Establece Modelo de Caracterización Complementario al Uso de la Calificación Socioeconómica, del Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, para Identificar Subgrupos de Hogares de Mayor Vulnerabilidad dentro del 40% de los Hogares más Vulnerables (Primer tramo del RSH)", División de Políticas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social.

Entonces, como última etapa para la elaboración de la nómina que contiene la población objetivo del programa, se aplican además criterios de exclusión:

- Ser usuario activo de programas del Subsistema: Vínculos, Familia, Calle y Abriendo Caminos.
- Ser usuario egresado de algún programa del Subsistema, que no han egresado del Subsistema.
- Adultos(as) mayores que se encuentran como usuarios de los dispositivos del programa Noche Digna o de los dispositivos de Plan de Invierno.
- Adultos(as) mayores que estén registrados en el complemento Registro Calle del Registro Social de Hogares.
- Adultos(as) mayores que se encuentren en la base de personas en la nómina de potenciales beneficiarios del programa Familias para el mismo año, que se encuentren actualmente en proceso de contacto de cobertura, siempre que se considere la nómina prelada hasta el 100% de la cobertura del programa considera para el año en curso.

Finalmente, cabe mencionar que el programa no se ha definido metas de cobertura de su población objetivo para algún horizonte del tiempo.

4.1.3. Criterios de Priorización y Población Beneficiaria

Respecto de la priorización, el artículo 7 del Decreto 29 del 2013 del MDS señala:

“El Ministerio, para efecto de la priorización comunal de la cobertura, confeccionará una nómina de usuarios potenciales, de acuerdo a la cobertura anual a que se refiere el artículo 23 de la Ley N° 20.595, en estricto orden de prelación, la que comunicará al ejecutor del Programa Eje de la comuna en que estos residan. El ejecutor del Programa Eje invitará a los potenciales usuarios a participar en el Subsistema, siguiendo estrictamente el orden de prelación entregado por el Ministerio”.

El artículo 23 de la Ley N° 20.595, señala:

“Mediante decreto expedido a través del Ministerio de Desarrollo Social "Por orden del Presidente de la República" y suscrito además por el Ministro de Hacienda, se identificará la cobertura anual de nuevos usuarios del Subsistema Seguridades y Oportunidades, según la disponibilidad de recursos consultados en la Ley de Presupuestos del Sector Público”.

Los criterios de prelación (o priorización) se construyen en función de los criterios que identifican la población potencial y objetivo, incorporando año a año, aspectos que mejoren la priorización de posibles beneficiados. Los criterios aplicados para la generación de Nómina 2017²⁶ fueron²⁷:

- Condición de pobreza: prioriza según pobreza y vulnerabilidad.
- Condición de salud: prioriza a personas con mejores niveles de autovalencia.
- Concentración de la población potencial por unidad vecinal, en relación a la cobertura asignada para la comuna²⁸.
- Composición del hogar, incorporando la edad del acompañante en caso de haberlo.
- Fuentes de ingreso: pensión y/o rentas laborales.
- Carencia de Servicios Básicos: agua potable y servicio sanitario.
- Edad: variable continua en que la mayor prioridad se da a las personas de mayor edad.
- Ingreso familiar corregido por un índice de necesidades y un test de medios.
- Última prioridad: identifica personas ya atendidas por el programa, personas inubicables en nóminas anteriores y que no han actualizado su información en el RSH, y/o que posean una discapacidad mental o psíquica.

La población beneficiaria queda definida por:

- Cobertura anual de nuevos beneficiarios(as), según la disponibilidad de recursos.
- Aceptación voluntaria de parte de las personas presentes en la nómina, de las condiciones de participación.
- La cantidad de beneficiarios(as) que abandonan o renuncian al programa por diversos motivos, durante su duración.

²⁶ Memo N°99/2017 de la División Promoción y Protección Social a la División de Políticas Sociales, la construcción de la nómina Vínculos 2017.

²⁷ En el Anexo se presenta el detalle de las variables que operacionalizan los criterios de priorización.

²⁸ UV = Unidad Vecinal. Sin embargo, la condición hace referencia a un criterio económico de concentración de la Población Potencial requeridos para la ejecución del programa.

Por otra parte, como se mencionó anteriormente, para la priorización y posterior selección de las personas que participarán del ASL, al cual accede el 50% de la población beneficiaria del APS, el(la) MC aplica una Planilla de Priorización, que focaliza en tres condiciones de la dimensión ocupación y todos los indicadores de la dimensión autonomía, levantados en el proceso de profundización diagnóstica²⁹.

Esta información se ingresa en la Planilla de Priorización que genera un orden de prelación sobre la base de la puntuación de cada AM. En casos excepcionales, en que algún adulto mayor no resulte priorizado para participar en el ASL, y se estime necesaria su incorporación, el Encargado Comunal (EC) debe contactarse con el Encargado Regional y el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, para solicitar que se revise esta situación en la instancia de Mesa Técnica Comunal.

De esta manera, la priorización busca discriminar, de manera positiva, a aquellos(as) AM que presenten menor cantidad de indicadores logrados en las dimensiones autonomía y ocupación.

4.2. Cuantificación de la Población Potencial, Objetivo y Beneficiaria

El MDS ha entregado las siguientes cifras respecto de la cuantificación de población potencial, objetivo y beneficiaria.

Cuadro 4. Cuantificación de Población Potencial, Objetivo y Beneficiarios del Ministerio de Desarrollo Social

Población	2014 (efectiva)	2015 (efectiva)	2016 (efectiva)	2017 (efectiva)	2018 (estimado)
Potencial	151.519	129.959	424.884	482.896	480.000
Objetivo	11.242	11.242	11.242	11.242	11.242
Beneficiaria (acumulada)	11.242	11.243	15.040	28.777	28.800

Fuentes:

Informe de Seguimiento de Programas Sociales al 31 de diciembre 2017.

Informe de Seguimiento de Programas Sociales al 31 de diciembre 2015.

Banco Integrado de Programas Sociales (BIPS), Ministerio de Desarrollo Social, Página web: <http://www.programassociales.cl/>.

De acuerdo a lo señalado por la contraparte MDS de este estudio, el importante cambio de magnitud de la población potencial que identifica el programa desde el año 2016 se debe al cambio de instrumento, ya que hasta el año 2015 se usó la Ficha de Protección Social (FPS), la cual fue reemplazada por el RSH a partir del año 2016. Esto sucede porque los índices que miden el cumplimiento de las condiciones para ser población potencial, en particular el índice de pobreza y el CSE, no son los mismos. En cuanto al índice de pobreza,

²⁹ MDS. Criterios de Priorización para participar en el Acompañamiento Socio laboral. Convocatoria 12 (el listado de estos indicadores se presenta en el anexo).

mientras el FPS usaba la capacidad generadora de ingresos del hogar, el RSH considera ingresos efectivos del hogar, corrigiéndolo con un índice de necesidades y un Test de Medios³⁰.

Lo anterior no impacta en la cuantificación de la población objetivo, toda vez que el programa cuantifica la población objetivo en función del presupuesto asignado cada año.

También se debe señalar que a partir del año 2016, las prestaciones del programa comenzaron a ser bianuales, por lo que la población beneficiaria se duplica el año 2017, toda vez que considera los nuevos beneficiarios(as) y los(as) beneficiarios(as) ingresados el año anterior que aún reciben las prestaciones.

No es posible cuantificar la población potencial y objetivo por cuenta propia en base a la información pública del RSH, ya que ésta no presenta la segmentación por edad, composición del hogar, e índices de vulnerabilidad requeridos.

Sin embargo, se cuenta con información al respecto en documentos oficiales y en bases de datos innominadas que el programa dispuso en el marco de este estudio³¹.

Cuadro 5. Población beneficiaria reportada por MDS según fuente de información.

Población / Fuente de Información		2014	2015	2016	2017
Población potencial					
Bases de datos		-	-	382.851	482.896
Población objetivo					
Informes de Seguimiento		11.242	11.242	11.242	11.242
Población beneficiaria					
Bases de datos	Nuevos	11.239	11.261	11.261	11.200
Informes de Seguimiento	Totales	11.242	11.243	15.040	28.777
	Nuevos	11.242	11.243	15.040	13.737

Fuente: Elaboración a partir de (a) Informe de Seguimiento de Programas Sociales al 31 de diciembre 2017, y al 31 de diciembre 2015, del Banco Integrado de Programas Sociales (BIPS), Ministerio de Desarrollo Social. Página web: <http://www.programassociales.cl/>. (b) Bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco de este Estudio.

Como se observa, las cifras relativas a población potencial y objetivo no coinciden con las señaladas por el programa en sus Informes de Seguimiento. Según la contraparte del programa en MDS, estas diferencias pueden generarse por diversas fuentes, entre ellas:

- La información de los(as) beneficiarios(as) en el RSH puede modificarse en el tiempo, no quedando registro del valor de cada variable en cada momento, por lo que si un(a)

³⁰ La evaluación de medios es parte del RSH y se calcula en base a los datos administrativos con los que cuenta el RSH.

³¹ En el Anexo 9.1 se describen las bases de datos solicitadas y recibidas del programa.

beneficiario(a) se retiró del RSH o falleció, se pierde la información con la que fue ingresado a la nómina del año que ingresó al programa.

- El número de beneficiarios(as) al inicio del programa disminuye en el tiempo, por renuncia voluntaria, incumplimiento o fallecimiento.
- Los informes de seguimiento presentan información a diciembre de cada año, mes en el cual se encuentran cerrando el primer año de los(as) beneficiarios(as) que ingresaron al programa ese año, y además, se ha iniciado la invitación a los(as) AM de la versión siguiente, por lo que las cifras de beneficiarios(as) nuevos contiene los beneficiarios(as) del año t y algunos(as) beneficiarios(as) del año t+1.

4.3. Caracterización de la Población Potencial, Objetivo y Beneficiaria

La caracterización de la población potencial y beneficiaria se realiza en función de las bases de datos recibidas de parte del MDS, las cuales contienen información en variables dicotómicas y categóricas: región, comuna, edad, composición del hogar, categorías de nivel de pobreza y vulnerabilidad, categorías de condición de salud de largo plazo, categorías de situación de ingresos, categorías de acceso a servicios básicos, y condiciones de exclusión del programa. El detalle de la información solicitada y recibida se presenta en el Anexo 9.1.3.

No es posible realizar la caracterización de la población objetivo, ya que esta corresponde a la nómina previa la invitación a participar a municipalidades y potenciales beneficiarios, información que no se dispone.

A continuación se presenta la síntesis de la caracterización de la población potencial (años 2016 y 2017), beneficiaria total (2014, 2015, 2016 y 2017) y beneficiaria de ASL (2017)³². El detalle se presenta en el Anexo 9.1.4, Anexo 9.1.6, Anexo 9.1.7 y Anexo 9.1.5.

Cabe señalar que no se cuenta con información de la población potencial de los años 2014 y 2015, ya que debido al cambio de instrumento de focalización ocurrido el año 2016³³.

4.3.1. Caracterización de la Población Potencial

La población potencial fue de 361.763 personas el año 2016, y 482.896 personas el año 2017. Consistentemente con la distribución de la población nacional, la población potencial se concentra en las regiones Metropolitana, Valparaíso y Biobío.

³² No se cuenta con información para caracterizar la población potencial de los años 2014 y 2015, así como la población beneficiaria de ASL los años 2014, 2015 y 2016. Respecto de la población beneficiaria del año 2014, esta es caracterizada independiente de los demás años en análisis, debido a que las variables tienen diferente categorización, lo que no permite la comparación directa.

³³ Recuperar esa información tiene un costo muy alto para el MDS en términos de tiempo y recursos humanos.

Al segmentar la población potencial según tramo de edad, se observa que el 55% de la población de los años 2016 y 2017, tenía entre 65 y 74 años. El 11% y 14% de la población potencial de los años 2016 y 2017, tenían 85 años o más.

Respecto de la composición del hogar, el 45,0% y 53,3% de la población potencial de los años 2016 y 2017, respectivamente, vivía en hogares unipersonales. El 39,2% y 34,9% de la población de los años 2016 y 2017, respectivamente, vive acompañado de otro AM, y en ambas poblaciones, menos del 1% vive con un menor de edad (0,56% y 0,32% para los años 2016 y 2017, respectivamente).

Para los años 2016 y 2017, respectivamente, el 55,3% y 56,4% de la población potencial se encontraba bajo la línea de pobreza extrema, y el 81,5% y 79,5% se encontraba en el primer decil de vulnerabilidad en cada uno de los años señalados.

El 14,6% y 38,3% de la población potencial del año 2016 y 2017, respectivamente, presenta alguna condición de salud permanente. A su vez, el 7,9% y el 38,3% de la población potencial de los años 2016 y 2017 respectivamente, presentaban algún grado de dependencia.

Respecto de la situación de ocupación de la población potencial de los años 2016 y 2017, el 75,9% y 78,9% respectivamente, tenía pensión sin ingresos laborales. El 13,8% y 13,4% respectivamente contaba con pensión e ingresos laborales, y 8,4% y 6,3% no contaba con pensión ni ingresos laborales.

El 20,4% y 15,8% de la población potencial de los años 2016 y 2017 respectivamente, vivían en viviendas carentes de algún servicio básico: agua potable o alcantarillado.

De la población potencial de los años 2016 y 2017, el 7,9% y 24,3% respectivamente, cumplía algún criterio para ser última prioridad. Para la población potencial del año 2016, el principal motivo de última prioridad fue la condición de salud mental o psíquica del AM. Para la población potencial del año 2017, el principal motivo de última prioridad fue haber sido inubicable en nóminas anteriores (y no haber actualizado su dirección), o haber interrumpido su participación en un programa anterior.

4.3.2. Caracterización de la población Beneficiaria Total

De la población beneficiaria de los años 2015, 2016 y 2017, el 53,2%, 50,0% y 55,3% respectivamente, se concentra entre los 70 y 79 años de edad³⁴;

El 64,7%, 61,2%, 67,1% y 65,6% de la población beneficiaria de los años 2014, 2015, 2016 y 2017 respectivamente, son mujeres.

³⁴ No se cuenta con esta información para el año 2014.

Para los cuatro años en análisis, se observa que en torno al 50% de la población beneficiaria está casada, siendo el año 2016 el de menor porcentaje con un 43,70%. La gran mayoría es chilena³⁵, y en torno al 11% declara pertenecer a algún pueblo indígena.

El porcentaje de personas que abandonaron el programa fue de 5,4%, 11,06% y 6,25% para los beneficiarios(as) que ingresaron al programa el año 2014, 2015 y 2016, respectivamente. El principal motivo de abandono es el fallecimiento (31,5%, 37,7% y un 46,02% de los que abandonaron e ingresaron el año 2014, 2015 y 2016, respectivamente). Sigue en motivo la renuncia voluntaria³⁶, con un 35,2%, 31,54% y 26,7% de los abandonaron e ingresaron el año 2014, 2015 y 2016 respectivamente, el incumplimiento de condiciones³⁷, con 20,4%, 22,55% y 21,02% de los abandonaron e ingresaron el año 2014, 2015 y 2016 respectivamente, y la inubicabilidad como última causal.

El 75,1%, 73,2% y 80,7% de la población beneficiaria de los años 2015, 2016 y 2017, respectivamente, habita viviendas propias o que están pagando, el 20,3%, 21,3% y 14,0% respectivamente, habita viviendas cedidas o de uso gratuito, y el 4,3%, 3,6% y 3,5%, respectivamente, habita viviendas arrendadas.

De la población beneficiaria del año 2014, el 70,0% era dueño de sitio donde residía y el 75,3% era dueño de la vivienda. El 21,8% declaró que el sitio donde residía fue cedido y el 19,9% tenía su vivienda por cesión, aquellos que arrendaban el sitio llegan a ser 3,9% de la población y un 3,7% arrendaba su vivienda, el 2,6% declaró que el sitio donde residía era por posesión irregular.

Respecto de los servicios básicos, el 6,0%, 2,3%, 6,3% y 6,4% de la población beneficiaria de los años 2014, 2015, 2016 y 2017, respectivamente, obtiene agua de ríos o vertientes, el 9,2%, 3,7%, 12,2% y 9,3%, respectivamente, no cuenta con sistema de distribución de agua y debe acarrearla, y el 2,0%, 1,1%, 3,3% y 1,6%, respectivamente, no cuenta con sistema de evacuación sanitaria.

El 6,0% de la población beneficiaria del año 2014 trabajaba, de la población beneficiaria que ingresó el año 2015, el 37,2% tenía alguna actividad laboral, este número disminuye a 10,9% y 11,0% para la población que ingresó al programa los años 2016 y 2017, respectivamente.

³⁵ No se cuenta con esta información para el año 2014.

³⁶ Posibles motivos para que un(a) AM renuncie voluntariamente al programa pueden ser el cambio de residencia, enfermedades u otras condiciones que no permitan su movimiento autónomo, entre otras posibles.

³⁷ Incumplimientos tales como no asistir a las sesiones, los. Las cuales se pueden deber a problemas de salud (demencia senil por ejemplo), hospitalización prolongada, o traslado a residencia de larga estadía, entre otras posibles.

4.3.3. Caracterización de la población Beneficiarios de ASL

El 39,94% de la población beneficiaria que ingresó el año 2015³⁸ a la décima versión del programa, participó del componente ASL, de los cuales, el 20,4% interrumpió su participación.

Las personas que participaron del ASL se concentran entre los 70 y 79 años de edad, el 63,9% son mujeres, sobre el 50% está casado, y en torno al 10% dice pertenecer a un pueblo indígena. De las personas que interrumpieron su participación, un 58,46% son mujeres.

Respecto de la situación bajo la cual ocupa su vivienda y los servicios básicos, se mantienen las distribuciones observadas en la población beneficiaria total.

Respecto a la situación laboral, el 38,85% de los(as) beneficiarios(as) de ASL reportaban en el RSH que se encontraban trabajando. Al segundo año, el 20,75% interrumpió el programa de acompañamiento, de los cuales el 44,11% trabajaba y el 55,89% no trabajaba.

4.4. Evaluación de la Focalización

El Programa Vínculos ha definido dos tipos de focalización:

- Individual: En base a vulnerabilidad de la persona, con un método de caracterización complementario a la calificación socioeconómica (CSE) del RSH.
- Autoselección:
 - Primero, son las personas quienes deciden inscribirse en el RSH (instrumento de focalización).
 - Luego, son los municipios quienes solicitan y/o aceptan la invitación a participar del programa.

Para la evaluación de la focalización se seguirán las definiciones de la DIPRES³⁹ en la materia. Las cuales indican tres ámbitos de análisis: diseño, aplicación y resultados.

En relación con el diseño

Respecto de la focalización individual, el artículo 2 de la Ley 20.595, establece el objeto del Subsistema Seguridades y Oportunidades:

³⁸ Del Ministerio de Desarrollo Social, se recibieron bases de datos de los beneficiarios de ASL de los años 2015 (10ma versión) y 2016 (11va versión). La base de datos relativa a la 10ma versión contenía información para su caracterización, sin embargo para la 11va versión, solo se identificaba los beneficiarios que debían ser invitados, no habiendo información sobre quienes finalmente habían efectivamente participado.

³⁹ Dipres. **Evaluación Ex-Post: Conceptos y Metodologías**. División de Control de Gestión, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda. Santiago, Junio 2015.

“El Subsistema tiene por objeto brindar seguridades y oportunidades a las personas y familias que participen en él, de modo de promover el acceso a mejores condiciones de vida”.

El MDS, en su página web,⁴⁰ complementa este objetivo señalando:

“Su objetivo es promover que las familias y personas accedan a mejores condiciones de vida, a través de la superación de condiciones de pobreza extrema y vulnerabilidades sociales que les afecten, así como garantizar el ejercicio de sus derechos a lo largo de todo el ciclo vital”.

A su vez, el Informe de Seguimiento de Programa Sociales al 31 de diciembre del 2017⁴¹, el Programa Vínculos define:

- *“Fin del Programa: Contribuir a las seguridades y oportunidades de los adultos mayores vulnerables fomentando su inclusión social y envejecimiento activo como parte del reconocimiento de sus derechos.*
- *“Propósito del Programa: Aumentar la vinculación de los adultos mayores vulnerables con su entorno social, familiar y comunitario, permitiendo así, un envejecimiento activo.”*

En este sentido, la focalización individual en la población potencial más vulnerable se evalúa como consistente, pertinente y adecuada a los objetivos del Subsistema y del Programa, ya que responde al criterio de focalización: pobreza y vulnerabilidad.

Para la focalización de autoselección es posible identificar las siguientes posibles fuentes de inconsistencias en términos normativos:

- Autoselección de la población potencial: La población potencial que no se inscribe en el RSH (personas que tienen 65 o más años de edad, que viven solos o con una persona, que están en situación de pobreza, y no se inscriben en el RSH). La hipótesis es que la gente que no se inscribe en el RSH, es justamente la más vulnerable y menos vinculada, en lo social, familiar y/o comunitario, de la población potencial.
- Autoselección de comunas: Comunas con menos recursos y/o con menor densidad y/o concentración de población, que no participan del programa, podrían poseer la población potencial más vulnerable (prioritaria) y menos vinculada en lo social, familiar y/o comunitario.

⁴⁰ <http://www.chileseguridadesyopportunidades.gob.cl/que-es>

⁴¹ http://www.programassociales.cl/pdf/2018/PRG2018_3_60189.pdf

Finalmente señalar que si bien los criterios de focalización responden a medir la vulnerabilidad de la población, no es claro que efectivamente midan el grado de vinculación de la persona en lo social, familiar y/o comunitario (problema-diagnóstico).

Desde el punto de vista estrictamente normativo, no se identifican variables de focalización ni prelación que midan el nivel de vinculación de una persona, esta información es levantada en la etapa de construcción de la Matriz de Bienestar, posterior al ingreso del AM al Programa, por lo que podría observarse personas priorizadas (por edad, composición del hogar, ingreso y vulnerabilidad, salud, etc.) que ingresan al programa, y que, sin embargo, se encuentran muy vinculadas con su entorno social, familiar y/o comunitario. Es decir, no es posible asegurar que los criterios de focalización y prelación efectivamente pongan en primer lugar a las personas que presentan el problema en mayor grado.

En relación con la aplicación

El principal instrumento de aplicación de los criterios de focalización es el RSH, donde la inscripción y actualización es voluntaria y a iniciativa de las mismas personas, donde además algunas de las variables son auto reportadas, lo que da espacio para posibles distorsiones:

- Podría haber personas que cumplen los criterios: (a) tener 65 o más años de edad, (b) vivir solo o acompañado de una persona, y (c) estar bajo la línea de pobreza; pero que no se encuentra inscrita en el RSH.

Al respecto, el propio MDS entrega elementos en su informe de Desarrollo Social del año 2016 cuando señala: *“... , analizando el total de personas en cada tramo respecto a la distribución de la población total a nivel nacional, se observa que en el primer tramo, definido al 40%, se encuentra un 37,7% de la población nacional, lo que es indicativo de que aún existe población de bajos ingresos que no está en el RSH”*⁴². Lo anterior da cuenta de aproximadamente 418.413 personas de la población nacional, que a julio del año 2016 pertenecían al 40% de la población más vulnerable, pero no estaban inscritas en el RSH. Parte de esa población no inscrita, cumple los tres criterios señalados en el párrafo anterior: edad, composición del hogar y pobreza. Lamentablemente, no es posible estimar su cantidad.

- Podría haber Población objetivo que haya cambiado de residencia sin haber actualizado su información en el RSH, y que, por lo tanto, se encuentre inubicable.

⁴² MDS. Informe de Desarrollo Social 2016. (http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/Informe_de_Desarrollo_Social_2016.pdf)

Esta situación solo es verificable cuando el MC realiza la invitación a cada una de las personas presentes en la nómina, lo cual debe realizar en estricto orden de prelación. Si una persona de la nómina se encuentra inubicable, se descarta como posible beneficiario(a) del programa, para lo cual el(la) monitor(a) debe realizar al menos 3 visitas.

A modo de ejemplo y - pese a que la variable no aísla el ser inubicable de los otros motivos - , resulta interesante señalar que de las 482.896 personas presentes en la nómina 2017, 29.180 personas (6,04%) son última prioridad por “encontrarse inubicable en la nóminas anteriores o porque interrumpió su participación en un programa anterior”⁴³.

- Población que ha dejado de ser objetivo o prioritaria porque cambió su situación, pero que se sigue manteniendo como sujeta a selección del programa, porque no ha actualizado su información en el RSH.

Esta distorsión solo es posible detectarla cuando el MC del programa realiza la invitación a cada una de las personas presentes en la nómina. De esta manera, mediante la aceptación de la invitación, podrían ingresar al programa personas que no cumplan las condiciones de participación y que no hayan actualizado su información en el RSH, como por ejemplo, la composición del hogar.

- La aplicación de los criterios de focalización prioriza la población más vulnerable y en situación de pobreza, no necesariamente aquella que se encuentra sólo en situación de pobreza, como lo señala el marco normativo (Ley 20.595).

Se releva esta observación como alcance a considerar respecto de las definiciones analizadas.

Como se ha señalado previamente, la Ley 20.595 establece que el programa está dirigido a población que cumple condiciones de edad, composición del hogar, y que se encuentre bajo la línea de pobreza, mientras que los criterios de focalización incorporan una nueva dimensión, la de pertenecer al 20% más vulnerable. Esta incorporación podría marginar a personas que se encuentren bajo la línea de pobreza pero sobre el 20% de la población más vulnerable.

Respecto del Modelo de Caracterización Complementario a la Calificación Socioeconómica del RSH, este se evalúa como consistente con los criterios de focalización, en particular con las dimensiones de pobreza y vulnerabilidad, pero inconsistente con el diagnóstico

⁴³ Cabe señalar que no es posible identificar el número de personas que cumple el criterio de inubicables y que cumple el criterio de haber interrumpido su participación en versiones anteriores del programa. Esta información se entrega solo a modo de referencia.

que justifica el Programa Vínculos, en términos de la vinculación de la persona en lo social, familiar y/o comunitario.

En relación con los resultados

Respecto de los resultados de la aplicación de los criterios de focalización, se observa que debido al diseño del instrumento de focalización (RSH), se identifican fuentes de posibles errores de inclusión y exclusión.

- Exclusión:
 - Se estimó que el 5,75%⁴⁴ de las personas que se encuentran en el 40% de la población nacional más vulnerable no están inscritas en el RSH.

Este problema fue identificado también en las entrevistas, donde se señala que ocurre con mayor frecuencia en zonas aisladas y de baja densidad.

- No se cuenta con estimaciones relativas a la cantidad de personas que, producto de información desactualizada en el RSH, no ingresan al programa.

Actores claves entrevistados señalaron que el problema afecta entre el 30% y el 50% de la nómina. Los principales motivos son: la dirección, las personas priorizadas quedan como inubicables, y la composición del hogar, AM que viven solos pero que no son invitados porque en el RSH está registrado que viven con más personas.

- Inclusión: No se cuenta con estimaciones relativas a personas que por tener información desactualizada en el RSH, ingresan al programa sin cumplir los criterios de focalización y priorización.

Sin embargo, actores claves señalaron en entrevista que efectivamente ocurre que las nóminas incluyen personas que no cumplen el perfil, indicando causales tales como la composición del hogar (personas que viven en grupos familiares grandes y que sin embargo aparecían en el RSH como hogares uni o bipersonales), o la situación socioeconómica en términos de pobreza.

Actores claves también evidencian que, pese a que se priorizan las personas autovalentes (condición de salud compatible con los objetivos y las actividades del Programa), ocurre que las nóminas incluyen en los primeros lugares de prelación a personas con condiciones de salud que no permiten el desarrollo de las actividades

⁴⁴ El MDS señala en su informe de Desarrollo Social del año 2016 señala que: “se observa que en el primer tramo, definido al 40%, se encuentra un 37,7% de la población nacional, lo que es indicativo de que aún existe población de bajos ingresos que no está en el RSH.” De esta manera, se estima que un 5,75% de la población más vulnerable no se encuentra inscrita en el RSH ($5,75\% = (40,0\% - 37,4\%) / 40,0\%$).

(enfermedades mentales, AM postrados, ciegos, entre otros), y en los últimos lugares de prelación a personas más autovalentes.

Con todo, se concluye que el RSH constituye un instrumento mejorado respecto a la FPS, ya que si bien el RSH utiliza alguna información auto reportada para la identificación y selección de usuarios(as), gran parte de dicha información es validada con información administrativa que posee el Estado (Servicio de Impuestos Internos, Registros de Vehículos, etc.)⁴⁵.

4.5. Evaluación de los Criterios de Priorización.

Para la selección de beneficiarios(as), el programa utiliza los siguientes criterios de priorización individual:

- Condición de pobreza y vulnerabilidad.
- Condición de salud.
- Tramo UV (concentración de población potencial en la UV).
- Composición del hogar.
- Situación ocupacional.
- Carencia de Servicios Básicos.
- Edad.
- Ingreso equivalente.

Adicionalmente, el programa asigna última prioridad a aquellas personas:

- Con estado “Inubicable” en la nómina del año anterior y que no han actualizado su información después de eso;
- Que hayan sido beneficiarios(as) del programa,
- Que posean una discapacidad mental o psíquica.

Finalmente, y como criterio de autoselección, las personas deben aceptar voluntariamente las condiciones de participación para ser beneficiarios(as).

Una vez definida la prioridad de cada una de las personas presentes en la nómina de cada año, la selección de los beneficiarios(as) finales dependerá de los recursos presupuestarios asignados al programa para su funcionamiento, y de los cupos autorizados anualmente para el programa en la resolución exenta que define el decreto de cobertura.

⁴⁵ Libertad y Desarrollo. **Focalización de la Política Social en el nuevo Registro Social de Hogares (RSH)**. Temas Públicos www.lyd.org Nº 1.298 - 2 2017 abril. Universidad de Chile. Facultad de Economía y Negocios. **Registro Social de Hogares. La solución innovadora del Ministerio de Desarrollo Social.** Laboratorio de Gobierno. 2018.

En relación el diseño

Respecto del diseño de los criterios de selección individual, se observa que éstos integran apropiadamente las condiciones de pobreza por ingresos (consistentemente con los objetivos del programa), y las condiciones de vulnerabilidad (consistentemente con los criterios de focalización).

Así mismo, los criterios de selección incorporan correctamente además la dimensión de eficiencia, mediante la condición de una concentración mínima de población objetivo por Unidad Vecinal UV, de tal manera que permita la asignación de los recursos necesarios para la contratación del personal para su desarrollo; y la dimensión de eficacia, seleccionando aquellas personas que cuenten con un estado de salud compatible como las actividades y objetivos del programa, y que estén dispuestas a aceptar las condiciones de participación.

En relación con la aplicación

Para la aplicación de los criterios de priorización se construyen variables categóricas y dicotómicas que asignan un orden de prioridad, con excepción de las variables edad e ingreso, que son continuas.

De esta manera, a cada persona presente en la nómina se le asigna un “puntaje” de acuerdo con las escalas definidas para cada uno de los criterios de priorización, y la selección de los(as) beneficiarios(as) es en estricto orden de priorización, limitando la participación según el presupuesto disponible y la aceptación de las personas a las condiciones de participación.

Si bien este proceso asegura la objetividad de la selección, ésta se ve limitada por las restricciones propias de los instrumentos, en particular:

- El RSH, en términos de las personas que no se inscriben y las que no actualizan su información.
- El Modelo de Caracterización Complementario a la Calificación Socioeconómica, para dividir el primer tramo de vulnerabilidad (0%-40%), en tramos 0%-10%, 10%-20% y 20%-40%. Éste posee las limitaciones propias de cualquier modelo de estimación estadística.

Respecto de la priorización de personas con condiciones de salud compatibles como las actividades y objetivos del programa, cabe destacar que esta corresponde a una variable de priorización, no de exclusión, por lo que el programa permite el ingreso de AM postrados o con estados de salud mental severos.

En relación con los resultados

Como resultado de la aplicación de los criterios de priorización y la selección de la base de datos de beneficiarios(as), se observa que:

- Las nóminas de potenciales beneficiarios de los años 2016 y 2017 contenían un total de 382.704 y 482.574 personas, respectivamente.
- Respecto de los procesos de emisión de pago de bonos, hay 21.600 personas que recibiendo el Bono de Protección el año 2016, correspondientes a usuarios de las coberturas de beneficiarios de los años 2016 y/o 2017.
- Hay 720 personas que recibiendo el Bono de Protección el año 2017, ingresan a la nómina 2017.

De acuerdo con lo publicado por el MDS, el Bono de Protección “es un beneficio destinado a los participantes de Chile Seguridades y Oportunidades al que no es necesario postular”, y que “su único requisito es haber aceptado la invitación a participar de uno de los programas de Chile Seguridades y Oportunidades”⁴⁶. Por lo que no se considera correcto que una persona que participa de algún programa del Sistema SSOO durante un cierto año, ingrese a nómina de ese año, del mismo programa u otro del mismo Sistema.

Cuadro 6. Personas en Nómina Vínculos y Receptoras del Bono de Protección, años 2016 y 2017.

Bono de Protección	Si recibe Bono de Protección 2017			No recibe Bono de Protección 2017			Total
	Nómina 2016	Nóminas 2016 y 2017	Nómina 2017	Nómina 2016	Nóminas 2016 y 2017	Nómina 2017	
Si recibe	9.681	529	78	1.978	8.329	1.005	21.600
No recibe	15.852	642	78	71.730	273.963	197.950	560.215
Total	26.860			554.955			581.815

Fuente: Construcción propia en base a información recibida del MDS.

Por lo expuesto, parece que la aplicación de los criterios de priorización y selección podría presentar algún problema que permite el ingreso a la nómina de personas que ya participan del Sistema. Lamentablemente, con la información disponible no es posible determinar el proceso específico que permite esta situación⁴⁷. Esta situación fue reportada también en las entrevistas realizadas.

4.6. Errores de Inclusión y Exclusión

Respecto de la medición de errores de inclusión y de exclusión en la población potencial, objetivo y beneficiaria del programa, señalar que ésta no es posible con las bases de datos recibidas del MDS, ya que:

⁴⁶ <http://www.chileseguridadesyopportunidades.gob.cl/bono-proteccion>

⁴⁷ Con la información en bases de datos que se recibió de parte del Ministerio de Desarrollo Social, no es posible identificar las razones que explican estos hallazgos.

- El MDS señaló que para la protección de la información de personas, sólo entregan información de los(as) beneficiarios(as) (base de datos innominada).
- La información de la población potencial (nóminas) solo cuenta con variables dicotómicas (cumple o no cumple cierta condición) y categóricas (pertenece al grupo 1, 2, 3 o 4 de cierta condición de priorización), respecto de los criterios de focalización y priorización.
- La información de la población potencial no incorpora las variables que definen los valores que toman las variables dicotómicas y categóricas recibidas.
Por ejemplo, se cuenta con una variable categórica que señala el cumplimiento de las condiciones de pobreza y vulnerabilidad (P1_COND_POBREZA), que toma los siguientes valores:
 - 1 Bajo la línea de la pobreza extrema y dentro del 10% más vulnerable.
 - 2 Bajo la línea de la pobreza extrema y dentro del 20% más vulnerable.
 - 3 Bajo la línea de la pobreza y dentro del 10% más vulnerable.
 - 4 Bajo la línea de la pobreza y dentro del 20% más vulnerable.

Con esta información no es posible observar el nivel de ingreso ni las variables que definen la vulnerabilidad, solo es posible saber si el sistema las considera cumplidas o no, y en qué nivel ubica a la persona.

Sin embargo, es posible identificar algunos errores de inclusión y exclusión a partir del diseño. En este contexto, se definen dos tipos de errores de focalización: el de inclusión y el de exclusión. De acuerdo con Dagmar Raczymsky⁴⁸, se definen como:

- “El error de inclusión surge al filtrarse el beneficio hacia segmentos sociales excluidos del grupo destinatario. La medida directa de ello es el porcentaje de beneficiarios(as) efectivos que no corresponde al grupo destinatario”.
- “En el error de exclusión, la mirada recae sobre la brecha entre el universo del grupo destinatario del programa y los integrantes efectivamente acogidos por él. La medida directa corresponde al porcentaje de integrantes no cubiertos por el Programa”.

Se puede avanzar en el análisis de los errores de inclusión y exclusión considerando dos posibles orígenes: (1) las definiciones propias del programa, señaladas en sus cuerpos legales y normativos, y (2) la operacionalización de estas definiciones.

⁴⁸ Raczymsky, Dagmar. **Focalización de Programas Sociales: Lecciones de la Experiencia Chilena**. En Joaquín Vial y otros. Políticas económicas y Sociales en el Chile Democrático. CIEPLAN. 1995

Con origen en las definiciones

Como se ha mencionado, la población potencial del Programa Vínculos se define en función de la pobreza. De acuerdo con CASEN 2015, en Chile existe un 11,7% de la población bajo la línea de pobreza por ingresos, y un 20,9% bajo la línea de pobreza multidimensional. Sin embargo, la población objetivo, definida en función de los criterios de focalización, alcanza el 20% de la población más vulnerable según el Modelo de Caracterización Complementario a la Calificación Socioeconómica del RSH, que incorpora más variables caracterizadoras que el ingreso, pero variables distintas a las consideradas en el índice de pobreza multidimensional.

Al margen del índice de pobreza que se aplique, toda vez que se utilicen distintos índices para definir la población potencial y objetivo, se producirán errores de inclusión y exclusión. Al incluir más dimensiones al concepto de pobreza, el orden relativo se modifica, y se observan personas que bajo un índice cumplen el criterio y bajo otro no lo cumplen.

Por lo que en la nómina no ingresarían personas que se encuentren bajo la línea de pobreza, pero que no pertenezcan al 20% más vulnerable, situación que corresponde a un error de exclusión.

Con origen en la operacionalización

Respecto de la operacionalización de los criterios, se identifica como fuente de posibles errores de inclusión y exclusión el RSH, que por Ley es el instrumento de focalización del Subsistema de Seguridades y Oportunidades, que se trata de un registro que contiene parte de su información auto reportada⁴⁹, que si bien en gran medida es validada con información que posee el Estado, genera al menos dos condiciones a ser analizadas:

- No necesariamente está registrado el universo de personas que cumplen las condiciones de edad, composición del hogar y pobreza. Incluso, se podría inferir que las personas más vulnerables y desvinculadas del entorno social son el grupo que con mayor probabilidad no estará presente en el RSH.

Como se mencionó anteriormente, el MDS señala en su informe de Desarrollo Social del año 2016: *“..., analizando el total de personas en cada tramo respecto a la distribución de la población total a nivel nacional, se observa que en el primer tramo, definido al 40%, se encuentra un 37,7% de la población nacional, lo que es indicativo de que aún existe población de bajos ingresos que no está en el RSH.”* Lo

⁴⁹ Por auto reportado se entiende: “El Registro es construido con datos aportados por el hogar” (<http://www.registrosocial.gob.cl/que-es-el-registro-social/>)

que permite estimar una población aproximada a 483.413 que no está inscrita, parte de la cual cumpliría los criterios definidos para el programa.

- Hay información de cada persona que es actualizada cuando así lo estime pertinente ella misma, por lo que sería interesante levantar la frecuencia con que las personas de 65 o más años, que viven solas o con un acompañante y en situación de pobreza y vulnerabilidad, actualizan su información en el RSH.

Esta condición genera las siguientes posibles situaciones:

- Personas que han superado las condiciones de participación, y que sin embargo ingresan a la nómina, por no haber reportado sus nuevas condiciones, por ejemplo, la composición del hogar.

Debido a que la invitación a participar se realiza en un “estricto orden de prelación”, si la persona no reúne las condiciones, pero acepta la invitación, ingresa como beneficiaria del programa.

- Personas que al momento de inscribirse en el RSH no cumplían las condiciones del programa, que posterior a eso han cambiado sus condiciones de tal forma que ahora sí las cumplen, pero que no ingresan a la nómina porque no han actualizado su información en el RSH.

Estas personas ingresarán a una nómina y podrán ser invitadas a participar, solo cuando actualicen su información en el RSH.

- Personas que mantienen sus condiciones de participación, pero por cambio de residencia, se encuentren inubicables.

La invitación a participar se realiza de acuerdo al orden de prioridad de la nómina, y una persona debe ser visitada al menos tres veces antes de declararla “inubicable”. Una vez que se declara inubicable, mediante el criterio de priorización “última prioridad”, no ingresará nuevamente a una nómina a menos que modifique su información de contacto.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, estas situaciones efectivamente ocurren. Lamentablemente no es posible cuantificar la frecuencia de ocurrencia.

Respecto de las dos últimas situaciones, los municipios juegan un rol fundamental como responsables de la recolección y mantención de información⁵⁰. Por otro lado, resulta

⁵⁰ “Las Municipalidades, a través de su Área Social, se encargan de la recepción, el procesamiento y la gestión de las solicitudes que los ciudadanos hacen al RSH. Dichas solicitudes pueden ser de ingreso al Registro, actualización o rectificación de la información contenida en el Registro, y/o de provisión de información complementaria necesaria para

interesante mencionar que durante las entrevistas, se levantó que, en términos generales, se evalúa positivamente la invitación en estricto orden de prelación, pero que se debiera instalar una etapa de retroalimentación local de la nómina, con el objetivo de disminuir los errores de inclusión, exclusión, y situaciones especiales como por ejemplo, que en un matrimonio de AM, haya sido priorizado uno de los dos y el otro haya quedado al final de la nómina, no pudiendo finalmente participar.

la correcta Calificación Socioeconómica de los hogares registrados.” Registro Social de Hogares Chile. Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Evaluación Social Febrero 2018. http://www.registrosocial.gob.cl/wp-content/uploads/2015/09/RSH_paper_2.pdf

5. MODALIDAD DE PROVISIÓN DEL BIEN O SERVICIO

En este punto se aborda el diseño de los resultados y los bienes y servicios que entrega el programa para producir un cambio en la población. Este es un análisis estrictamente conceptual a partir del encadenamiento de objetivos, en lo que se llama la lógica vertical, es decir, referida a la causalidad en distintos niveles. En este punto, solo se analizarán los objetivos de Resultado Final, Resultado Intermedio (Propósito) y los bienes y servicios (Componentes), no abordándose las actividades, puesto que estos se levantarán en detalle con el levantamiento de procesos.

Facilita esta labor que el programa se ha planteado una Matriz de Marco Lógico (MML)⁵¹ y que es la que aparece en el cuadro siguiente:

Fin: Contribuir a las seguridades y oportunidades de los adultos mayores vulnerables fomentando su inclusión social y envejecimiento activo como parte del reconocimiento de sus derechos.

Propósito: Aumentar la vinculación de los adultos mayores vulnerables con su entorno social, familiar y comunitario, permitiendo así, un envejecimiento activo.

Componentes

1 Eje: a cargo del diagnóstico y elaboración de Plan de Intervención, seguimiento y evaluación de los beneficiarios.

2 Acompañamiento Psicosocial: entrega acompañamiento personalizado que fortalezca los recursos y habilidades del adulto mayor.

3 Acompañamiento Socio laboral: orientado a desarrollar y/o mantener habilidades y competencias que permita al beneficiario mantenerse activo y mejorar condiciones de empleabilidad.

4 Oferta Programática: coordina la demanda del usuario y la oferta pública y privada a través de la gestión territorial.

5 Transferencias Monetarias Transitorias: entrega prestaciones sociales de cargo fiscal.

5.1. Objetivos de Fin y Propósito

Se comenzará el análisis desde los objetivos de resultados, es decir, Fin y Propósito. A nivel de **Fin**, la contribución del Programa a las seguridades y oportunidades de los(as) AM vulnerables no merece reparos, puesto que está en consonancia con los derechos que los acuerdos internacionales le reconocen a este grupo etario. Se puede citar el protocolo de

⁵¹ Ministerio de Desarrollo Social. **Apoyo Integral al Adulto Mayor Vínculos - SSy OO. Informe de Seguimiento de Programas Sociales.** (cierre al 31 - diciembre - 2017).

San Salvador (1988)⁵² sobre derechos económicos, sociales y culturales que se refiere a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez (Art. 9), protección de los ancianos (Art. 17); Declaración de Brasilia (2007)⁵³ que detalla una serie de medidas hacia las “personas mayores” de acuerdo a la responsabilidad de los gobiernos de promover y prestarle los servicios sociales y de salud básicos y de facilitar el acceso a ellos; Carta de San José⁵⁴ que impulsa acciones específicas destinada a las necesidades de las personas mayores, en el ámbito de la Seguridad Social, Salud y Servicios Sociales. Finalmente está la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de los Adultos Mayores (2015)⁵⁵ que recoge y ratifica las declaraciones y acuerdos anteriormente reseñados.

Respecto del **Propósito**, se identifica a los(as) AM vulnerables (mayores de 65 años, en situación de pobreza y que viven solos(as) o acompañadas de otra persona) cuyo resultado es el aumento de la “vinculación” en un sentido amplio, ya que incluye el entorno social, familiar y comunitario. Esta definición de “vinculación” está recogiendo lo que aparece en el Reglamento del artículo 4º de la ley N° 20.595, en el art. 11 de DS 29 que, entre sus objetivos⁵⁶, señala que persigue para los(as) AM la promoción del fortalecimiento y desarrollo de recursos, habilidades y capacidades personales y familiares; el acceso a un conjunto de prestaciones sociales; potenciar capacidades y habilidades laborales y técnicas; y, favorecer y fortalecer la vinculación con la familia, entorno y redes territoriales. Por lo tanto, lo planteado en este objetivo es coherente con lo que dice el citado reglamento.

Lo que ocurre con los objetivos del reglamento es que se mezclan logros de resultados a alcanzar en los(as) usuarios(as), entendido como conductas, actitudes instaladas en la población beneficiaria – por ejemplo, desarrollo de capacidades y habilidades – con los bienes y servicios que provee el programa – por ejemplo, acceso a prestaciones sociales -. Estos dos niveles - resultados y productos entregados - cuando se establecen indicadores por parte del programa, tienden a no separarse por lo que confunde qué se entenderá como logro de Vinculación en los(as) beneficiarios(as). En todo caso, a nivel conceptual se valora positivamente, el esfuerzo realizado por el programa por definir “Vinculación” en cuanto resultado, como sigue: “...el fortalecimiento de los lazos de pertenencia y la participación en redes son elementos que favorecen la integración social de las personas, en el entendido que cumplen diversas funciones como es el soporte afectivo, entrega de

⁵² Comisión Interamericana de Derechos Humanos. **Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador"**. 17 de noviembre de 1988.

⁵³ Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. **Declaración de Brasilia**. Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007

⁵⁴ Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, 8 al 11 de mayo de 2012. **Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe**.

⁵⁵ Convención Interamericana (2015). Óp. cit.

⁵⁶ Ver en este informe capítulo 2 Descripción los 5 objetivos que aparecen en este reglamento.

información, apoyo material, entre otros, además de limitar el aislamiento social en el que muchas veces se encuentran los adultos mayores.”⁵⁷.

Efectivamente, para los(as) AM cuando las relaciones sociales significativas – familiar, comunitaria – están ausentes o son débiles, se manifiesta en una desventaja social que afecta su bienestar. Las evidencias indican que la falta de participación social va asociada a mayores niveles de ansiedad, baja autoestima y presencia de estados depresivos que pueden llevar a los afectados a situaciones más graves⁵⁸.

Por otra parte, no se tienen estudios o diagnósticos que señalen la falta de vinculación de la población que el programa focaliza. Se tiene el estudio de la Universidad Católica sobre la calidad de vida de los(as) AM de 60 y más, señalando que en torno al 28% (en el tramo de 60-74 años) y del 38% (en el tramo de 75 y más) no tiene amigos cercanos⁵⁹, de ahí que los lazos familiares juegan un rol muy relevante para superar la pérdida de amistades⁶⁰. Se observó que un 45% de los(as) AM que tiene hijos que no viven en el mismo domicilio, manifiestan tener contacto con ellos varias veces por semana, siendo una cifra relevante, considerando que se trata de contactos casi permanentes. Así mismo, se detectó que en torno al 50% de los(as) AM participa en organizaciones que es muy superior al 5% que tiene la ciudadanía en general⁶¹.

En síntesis, el objetivo de propósito da cuenta de los resultados que espera obtener el programa con sus usuarios(as) y que es coherente con lo que mandata la ley realizar. Se valora positivamente, el esfuerzo de conceptualizar bajo el término de “Vinculación” estos resultados. Cuando se analice la implementación de los procesos, se verá cómo se mide en la práctica los resultados a alcanzar con los usuarios(as). Si bien no se tienen evidencias sobre la mayor o menor “vinculación” de la población que se atiende, lo conceptualizado por el programa puede ayudar a aportar conocimiento sobre las carencias de los(as) AM y de cómo abordarlas.

⁵⁷ Ver MDS. **Orientaciones Metodológicas para el Acompañamiento Integral. Programa Vínculos**. 2018 enero.

⁵⁸ Thumala, D., Arnold, M., Massad, C., Herrera, F. **Inclusión y Exclusión social de las personas mayores en Chile**. SENAMA – FACSO U. de Chile. 2015. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor. Página. 43

⁵⁹ Valenzuela C, Eduardo. Comentarios. En Universidad Católica de Chile – Caja Los Andes. **Chile y sus mayores. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez**. 2017. Pág. 60.

⁶⁰ Estudios internacionales muestran que la disminución del tamaño de las familias debido a la reducción de la fecundidad puede derivar en un menor apoyo para las personas de edad. Se destaca asimismo que el aumento de las tasas de divorcio y de nuevos matrimonios pueden tener un efecto negativo para el(la) AM, ya que hay una relación inversa entre la cantidad de matrimonios de la persona mayor y el número medio de individuos que le dedican atención por día. Silva Corrêa, Cristina. **Incidencia de las características de la red de apoyo en la ayuda total recibida por las personas mayores**. Notas de Población N° 103. 2016 julio-diciembre. Páginas 191 a 205.

⁶¹ Según datos del Consejo de Participación Ciudadana menos del 5% de los ciudadanos manifiesta pertenecer a algún tipo de asociación, destacándose las organizaciones religiosas (17%), las juntas de vecinos (14%) y grupos de vecinos (10%) las que cuentan con mayor pertenencia declarada. Consejo Nacional de Participación Ciudadana. Informe Final. Estado de la participación ciudadana en Chile y propuestas de reforma a la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. 2017 enero. Pág. 26.

5.2. Componentes⁶²

Cabe señalar que los 5 componentes que están en la MML están explicitados en la Ley 20.595⁶³ que crea el Subsistema Seguridad y Oportunidades y sus programas, así como en Decreto 29⁶⁴ que se refiere al Reglamento de dicha ley. De ahí que este levantamiento de objetivos que hizo el programa es coherente con lo mandatado en dicho cuerpo legal, y no se detectan limitantes de esta naturaleza que obstaculicen la producción de los componentes.

5.2.1. Acompañamiento a la Trayectoria – Programa EJE

En rigor no se trata de un bien y servicio otorgado a los beneficiarios(as), sino más bien corresponde a procesos transversales, que son muy importantes para el desarrollo del programa en cuanto a la trayectoria de los componentes y medición de sus productos y resultado.

Este componente Eje tiene tres elementos comprendidos durante toda la duración del programa: diagnóstico inicial, seguimiento y evaluación.

La etapa de diagnóstico es un elemento que tiene cierta autonomía respecto de los otros componentes, en cuanto a que, operativamente, el programa estableció que su duración fuera de 2 meses, siendo la puerta de entrada para la selección de los beneficiarios(as) preseleccionados que son visitados de acuerdo a un estricto orden de prelación. Aquí tienen que darse tres hitos que deben cumplirse respecto a los(as) usuarios(as) que acceden a ingresar⁶⁵. El primero es la firma de un documento del compromiso de participación por parte del usuario(a), el segundo la aplicación de un instrumento de diagnóstico, y el tercero la aceptación del plan de intervención que también debe contar con la firma del usuario(a) en un documento.

Desde el punto de vista del diseño, se tiene la observación que el instrumento de diagnóstico preliminar es un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas bastante extenso en que se declara: “se podrá distinguir e identificar información básica de la persona mayor, respecto a las condiciones de bienestar: salud, ocupación, autonomía, participación y seguridad social”⁶⁶. En realidad, su contenido es bastante más amplio que la sola información básica con preguntas cerradas excluyentes y no excluyentes (más de una alternativa) que tienen datos generales del beneficiario y su familia (24 preguntas) y, en los niveles del bienestar - salud, ocupación, autonomía, participación y seguridad social

⁶² En distintos documentos del Programa se dan pequeñas diferencias en el nombre de los componentes. Para efectos de este informe se utilizarán los nombres colocados en la parte descriptiva.

⁶³ Ley 20595. **Crea el Ingreso Ético Familiar que establece bonos y transferencias condicionadas para las familias de pobreza extrema y crea Subsidio al empleo de la mujer**. Publicación 17-05-2012

⁶⁴ Decreto 29. Op. cit

⁶⁵ Aquí solo se hará referencia a los que aceptan ingresar al programa.

⁶⁶ MDS. **Guía de aplicación Instrumento de Diagnóstico Eje Programa Vínculos 2016**. Página 3.

– (61 preguntas). Se debe considerar, además, que en el componente APS habrá un diagnóstico más acabado realizado en 3 sesiones individuales. La impresión es que los diagnósticos aparecen sobredimensionados para los tiempos y necesidades del programa.

En cuanto al plan de intervención que está señalado en la ley y debe ser suscrito por el(la) AM, tiene un nombre equívoco respecto a lo que se hace en esta etapa, porque no es un plan de trabajo con objetivos, actividades y metas a cumplir, sino que se explicitan los bienes y servicios que recibirá el beneficiario(a), la fecha de su inicio y la declaración de su compromiso a participar.

Sobre el seguimiento y evaluación, éstos están integrados en el APS (para todos los participantes) y ASL (para el 50% de los participantes), que es aplicada por los(as) MC, con la supervisión del EC, ER del MDS y Gestor SENAMA que tienen roles complementarios al respecto. A lo anterior, debe agregarse el monitoreo que se hace del programa en las mesas regionales y comunales, en las que aparte de los actores mencionados, pueden participar otros agentes de acuerdo a las realidades locales. Se valoran estos procesos como indispensables para evaluar la aplicación de los componentes y resultados que permitan hacer los ajustes que correspondan en distintos momentos. La observación que se tiene al respecto es que en la práctica el seguimiento y evaluación aparece en el diseño ligado básicamente al APS y ASL, no tiene mucho sentido incluirlo como componente independiente. En rigor, el rol más autónomo que cumple este acompañamiento es lo que se denomina el diagnóstico inicial y que fue detallado más arriba, y que dura dos meses después del cual se inicia el APS⁶⁷.

Se reitera que el Acompañamiento Eje no constituye un bien o servicio que se entrega a los(as) beneficiarios(as), sino que debe considerarse un proceso muy importante para hacer el seguimiento y evaluación del programa. Por otra parte, es un componente que está en la ley junto con sus elementos asociados - diagnóstico, plan de intervención, seguimiento y evaluación -, por lo que su inclusión es correcta, pero como en los cuerpos legales está referenciada en forma amplia, se analizará más adelante su implementación y posibles mejoras que se puedan realizar.

5.2.2. Acompañamiento Psicosocial (APS)

Este componente atraviesa el programa en el apoyo personalizado de los beneficiarios(as) durante 24 meses y, además, los relaciona con los otros componentes – ASL, transferencias monetarias y gestión de servicios y prestaciones sociales. Además, aquí también se generan instrumentos muy importantes para la obtención de ciertos hitos del programa, como son: profundización del diagnóstico; plan de desarrollo que orientará el

⁶⁷ De hecho, por ejemplo, el documento **ORIENTACIONES ETAPA DIAGNÓSTICO EJE PROGRAMA VINCULOS 2017** después de hacer una reseña de los componentes involucrados, el grueso del contenido se refiere a esos dos primeros meses de contacto con los potenciales beneficiarios hasta la firma del Plan de Intervención.

proceso de intervención; acompañamiento propiamente tal que es la ejecución del plan de desarrollo tanto en el primer año (durante 8 meses) como en el segundo año (durante 11 meses) y; valoración que es la evaluación realizada al término de cada año, siendo la evaluación final la medición de salida de este componente.

Como se vio más arriba, la desvinculación y aislamiento son factores relevantes que podrían afectar seriamente a los(as) AM, pero no se tiene evidencias sobre cómo afecta a la población focalizada por el programa. De ahí que la visita de un profesional de manera regular puede ser un servicio de bastante relevancia para identificar los eventuales problemas de desvinculación y en términos más operativos, identificar los servicios a que los(as) AM no acceden para mejorar las condiciones de vida de los(as) beneficiarios(as).

Tiene establecido evaluaciones al término cada año de intervención y en que, para medir resultado, es muy importante la que se hace al cierre de la intervención. La observación que se tiene es que el(la) monitor(a) que participa en el acompañamiento aplica la evaluación, por lo que el riesgo de sesgo es evidente.

Por otra parte, operativamente, el servicio que se entrega son sesiones individuales y grupales en la que se espera en los(as) AM⁶⁸:

- fortalecer y desarrollar recursos, habilidades y capacidades personales y familiares.
- acceso de forma preferente a un conjunto de prestaciones sociales.
- mantenimiento activo que potencie sus capacidades y habilidades laborales y técnicas.
- favorecer y fortalecer la vinculación con su familia, en su entorno inmediato y con las redes existentes en el territorio comunal.

Es claro que las exigencias en el cumplimiento de los objetivos del componente son bastante amplias y ambiciosas, especialmente en lo que se refiere a las destrezas blandas, como “habilidades y capacidades personales, mantenimiento activo, vinculación con el entorno inmediato y redes”. La responsabilidad directa en todos estos apoyos recae en el MC que debiera tener un conocimiento amplio y expertizaje gerontológico. Para compensar esta recaiga en un solo actor, el programa tiene declarado el apoyo técnico del MDS y, del SENAMA.

Finalmente, cabe precisar que en los mandatos legales es un componente que tiene un mayor desarrollo para explicarlo, respecto a los otros componentes. Se asume que este grupo de AM vulnerables que focaliza el programa, están expuestos a mayores riesgos de aislamiento. De este punto de vista, es un componente que el programa propone abordar con la presencia del MC y lo que se espera a nivel de resultado, es lograr constituir o reforzar una red de apoyo para el(la) beneficiario(a) y que continúe una vez que el

⁶⁸ Tomado de MDS. **Orientaciones Metodológicas para el Acompañamiento Integral. Programa Vínculos.** 2018 enero. Pág. 18

programa finalice. En este sentido, es un servicio que establece el diseño y que se valora positivamente.

5.2.3. Acompañamiento Socio laboral (ASL)

En el Reglamento de la ley aparecen señalados dos ámbitos que comprende el componente: por un lado, el de contribuir a la actividad e independencia del AM y, por otra, el fortalecer y acompañar iniciativas de trabajo por cuenta propia de los participantes.

Los documentos orientadores del programa explicitan que este componente prioriza el enfoque ocupacional, que comprende la rutina diaria, la participación, la autonomía, la independencia, la relación con el entorno, entre otros. Es una opción que es apropiada, en cuanto se sabe que el acceso al trabajo para los beneficiarios(as) del Programa Vínculos, no es una posibilidad tan evidente por diversas situaciones como: la edad, salud, barreras de entrada en la legislación laboral y cultural, etc. En la encuesta de la Universidad Católica para el año 2016⁶⁹, el 41,1% de las personas entre 60 y 74 años trabajaban respecto del total de este grupo etario - desgraciadamente el dato no está desagregado para los de 65 años y más -. Para el grupo de edad siguiente (75 años y más), los porcentajes caen de forma considerable, llegando al 10,8% respecto de este grupo etario.

Dado lo anterior, si el programa tuviera una opción preferentemente hacia lo laboral en estos usuarios(as), no todos(as) podrían recibir este servicio. Pero, cuando el enfoque es ocupacional – entendido como actividades significativas en la vida diaria de los(as) AM -, es un servicio que debieran recibir todos(as) los(as) usuarios(as). El programa ha definido que por razones presupuestarias este componente lo recibirán el 50% de los(as) beneficiarios(as) del APS⁷⁰. Esta opción no es apropiada, puesto que todos los(as) AM con mayor o menor profundidad, debieran abordar lo ocupacional como está definido en los documentos Orientaciones del programa citado en el párrafo anterior.

Para cumplir esta medida de seleccionar el 50%, el programa lo mide de acuerdo a la puntuación obtenida en la dimensión autonomía y ocupación, en que a menor puntaje, un(a) AM tiene mayores posibilidades de recibir este servicio. Más bien, lo que correspondería hacer es que, de acuerdo a la puntuación obtenida, fuera ordenada la intervención para todos(as), en que a menor puntaje reciben más apoyo y a mayor puntaje, menos, lo que debería traducirse en número de sesiones diferenciadas de acuerdo a las necesidades detectadas⁷¹.

⁶⁹ Universidad Católica de Chile – Caja Los Andes (2017). Op. cit

⁷⁰ Ministerio de Desarrollo Social (2017). Apoyo Integral. Op. Cit

⁷¹ En la actualidad el componente realiza en el primer año de 5 sesiones individuales y 3 grupales y, en el segundo año, tiene 5 sesiones individuales y 4 grupales.

En síntesis, es absolutamente pertinente este componente desde el enfoque ocupacional para apoyar la autonomía de los(as) usuarios(as) que, en rigor, debiera denominarse como socio ocupacional para efectos de este programa. Por esta misma razón, debiera suministrarse a todos los beneficiarios.

5.2.4. Transferencia Monetaria

El componente Transferencia Monetaria tiene asociado un bono no postulable que se entrega a los(as) beneficiarios(as) del programa. Puede considerarse un incentivo, que se otorga mientras dure la participación y se paga mensualmente hasta en 24 meses, en montos que son decrecientes de acuerdo a lo establecido en la ley⁷².

Aunque son recursos que siempre pueden apoyar a beneficiarios(as) AM en situación de pobreza, no son montos considerables⁷³, los que seguramente no son determinantes para cambiar la situación socioeconómica, sobre todo considerando que con el tiempo disminuyen; pero en alguna medida articula y motiva a participar en los componentes de acompañamiento. Por esta misma razón, se considera que es un recurso apropiado en cuanto actúa como un incentivo para participar en el programa.⁷⁴

5.2.5. Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales.

Es un conjunto de servicios que el programa levanta en la fase de APS y ASL, en que, por un lado, identifica las necesidades o carencias de los(as) beneficiarios(as) y, por otra, se identifica la oferta fundamentalmente pública para satisfacer esas necesidades. El conjunto de prestaciones es muy amplio⁷⁵ y su otorgamiento no depende directamente del programa, aunque puede gestionarlo a nivel nacional mediante convenios para que se priorice a sus beneficiarios(as) o bien, a nivel local, se apoya para que los(as) AM accedan a ellos.

Este componente se considera apropiado para el cumplimiento del propósito, ya que la evidencia indica que frente a esta oferta pública destinada a sectores vulnerables, ellos requieren de apoyo para conectarse a estos beneficios⁷⁶.

⁷² Estos montos son decrecientes, para el año 2018, los primeros 6 meses el bono asciende a \$ 17.010, del mes 7 a 12 es de \$ 12.960, del mes 13 a 18 es de \$ 8.910 y del 19 al 24 es de \$ 11.340.

⁷³ También existe en bono aporte familiar permanente que se entrega una vez al año cuyo monto fue para el año 2016 de \$ 43.042.

⁷⁴ Otras experiencias como en ciudad de México utilizan las pensiones alimentarias “que más que un ingreso económico, es un derecho sobre el que se ha construido una articulación de acciones en beneficio de las personas mayores de la ciudad.”. Rodríguez, Rosa Icela. **El Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México**. En Sandra Huenchuan. Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos. CEPAL. 2016. Págs. 75 a 108

⁷⁵ Por ejemplo, pensión básica solidaria de vejez, subsidio al consumo de agua potable, aporte previsional solidario de vejez, bono invierno y otros. Ver MDS. **Guía de beneficios sociales 2017**.

⁷⁶ Huneus, Cristóbal – Repetto, Andrea. **Los desafíos pendientes del Ingreso Ético Familiar**. 2013 marzo

Un aspecto muy relevante es que el componente funciona en la medida que existe oferta para personas de la tercera edad y que operan bajo la lógica de derechos garantizados hacia sectores vulnerables. Pero, al mismo tiempo, el MDS debe tener la capacidad de gestionar acuerdos con diversas entidades para que estas ofertas lleguen a los beneficiarios(as) AM, y no queden limitadas solamente a las capacidades que tengan los municipios o de las gestiones que hagan los MC en competencia con otros grupos vulnerables. En esa competencia, los(as) AM puede que tengan menores posibilidades de que sus demandas sean atendidas.

Al respecto resulta interesante constatar que, a nivel de la normativa legal, existen brechas legales (o normativas) del ordenamiento jurídico nacional respecto a los estándares internacionales de derechos humanos de las personas mayores. El estudio de la Universidad Católica de Valparaíso⁷⁷ estableció cuatro niveles de brechas. Los niveles 0 y 1 incluye que no existe regulación o esta excluye aspectos esenciales o son incompletos o inespecíficos respecto del derecho incorporado por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM). En cambio, el tercer nivel es totalmente satisfactorio, en cuanto está en conformidad absoluta con CIDHPM. Se constató en esta clasificación que, de 67 categorías de temáticas, 47 (70%) están en el nivel 0 y 1, solo 10 (15%) cumplen plenamente los estándares internacionales⁷⁸. Esta evaluación se refiere a aspectos netamente jurídico-regulatorio y no constituye una medición de impacto de las acciones, regulaciones y políticas públicas hacia los(as) AM, pero es un indicio de las carencias de apoyos concretos hacia esta población. Entonces, para que este componente funciones es indispensable el esfuerzo del MDS para lograr cupos preferentes de ofertas para estos beneficiarios(as), de lo contrario los logros a este respecto se diluyen.

Entonces, este componente se considera muy relevante para lograr el Propósito planteado en la MML. Su eficacia dependerá de estos apoyos desde arriba en que las gestiones a nivel local son un complemento. En la revisión de la implementación de los componentes, se espera rastrear algunos hallazgos que permita decir algo al respecto.

El programa no tiene establecido los supuestos, entendidos como aquellas condiciones que tienen que darse y que no dependen de su gestión, para lograr que las acciones emprendidas tengan los efectos esperados. Al respecto, un supuesto que debe considerarse es que los(as) usuarios(as) tengan autonomía para desenvolverse e

⁷⁷ Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. **Estudio sobre brechas legales en Chile para la implementación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores**. 2017 diciembre

⁷⁸ El detalle de los niveles es el siguiente. **Nivel cero**: No existe regulación o esta excluye aspectos esenciales del derecho incorporado por la CIDHPM. **Primer nivel**: La regulación nacional cubre el enunciado de la CIDHPM o el correspondiente estándar en términos incompletos o inespecíficos. **Segundo nivel**: La regulación abarca todo el contenido CIDHPM o esencial del estándar, pero se requiere mejorar su aplicación acorde a puntos no esenciales. **Tercer nivel**: Conformidad absoluta con CIDHPM y con el estándar en general. Algunos ejemplos legales inscritos en cada categoría están los siguientes: Derecho al sistema integral de cuidados (0), Prohibición de la discriminación por edad en la vejez (1), Acceso no discriminatorio cuidados integrales / paliativos (2) y Derecho a la vida digna hasta el final de los días (3).

interactuar, de este modo, podrán recibir los servicios que el programa otorga, por ejemplo, los componentes de acompañamiento. Planteado en términos negativos las situaciones de dependencia que limiten a la persona realizar actividades y requieran de ayuda personal o técnica para interactuar, no permiten desarrollar u obtener logros del programa. En estos casos, podría analizarse la alternativa de derivar a esos(as) AM a otro tipo de programas del SENAMA o del área de salud⁷⁹.

Este es un aspecto que, cuando se da, excede a las posibilidades de este programa y tiene que ver con las políticas públicas dirigidas a los(as) AM. La constatación es que a medida que las personas aumentan su edad se incrementan las posibilidades que se vean afectadas por limitaciones físicas y alteraciones mentales. Esto hace que el subconjunto de personas de mayor edad dentro de los(as) AM, se encuentran en una situación más vulnerable que los predispone a sufrir alguna condición de dependencia⁸⁰. Por cierto, esto lleva a plantearse cómo el Estado abordará la cobertura de este tipo de necesidades desde el punto de vista del financiamiento, como de la calidad de las atenciones. Pero también se asocia con el alcance y respeto a los derechos de las personas mayores en estas condiciones⁸¹.

Esto naturalmente tiene efectos en las políticas públicas que debe dar cuenta de esta heterogeneidad en lo referente a sus características y necesidades. Para lo cual la gestión de los servicios proporcionados debiese adecuarse al manejo de las necesidades de cada uno de estos grupos.

En síntesis, se han identificados carencias en el diagnóstico sobre el concepto desvinculación de la población objetivo del programa. Respecto a uno de los bienes y servicios declarados – Componente Eje -, se considera que no es un servicio entregado a los(as) beneficiarios(as), sino que es un proceso muy importante para hacer el seguimiento y evaluación del programa.

Como evaluación del diseño y su relación con la normativa legal, efectivamente los componentes que están en la MML corresponden a los explicitados en dichas normas. Dado el propósito definido por el programa – mejorar vinculación – los componentes se consideran los necesarios y suficientes para obtener el resultado propuesto. La observación que se tiene es que el componente socio-laboral es en realidad socio ocupacional y, por lo tanto, es de gran importancia para todos los(as) AM, y no debiera estar excluido para la mitad de los(as) beneficiarios(as).

⁷⁹ Fondo Subsidio Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) o Cuidados domiciliarios.

⁸⁰ Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones. **Informe Final**. 2015. Septiembre. Primera edición. Página. 61

⁸¹ Al respecto, la Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones propuso una legislación especial (Ley de Dependencia) que regule, defina y gradúe la severidad de la dependencia, justificado en que la dependencia “es decir la pérdida de autonomía, es un hecho que define un estatus de máxima vulnerabilidad y que, además, en el adulto mayor se trata de una situación progresiva...”. *Ibíd.* Ver propuesta 39.

6. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE PROVISIÓN DEL BIEN O SERVICIO (COMPONENTES)

6.1. Aspectos Metodológicos

Para hacer este análisis se levantaron 8 procesos, de los cuales 6 estaban directamente relacionados con la definición de los componentes que se trataron en el diseño y que corresponde a la normativa legal que sustentan al programa

A partir de este levantamiento y listando las funciones que aparecen en las normas técnicas de los actores involucrados en la provisión de los componentes, se diseñó el guion de entrevistas semiestructuradas que se hicieron para revisar la implementación de los mismos en terreno⁸².

Se revisaron los procesos de los componentes, entrevistando a los actores de los niveles involucrados en la provisión de éstos en las regiones Metropolitana y del Maule, debido a su importancia cuantitativa en relación al número de beneficiarios(as) y porque se contaba con informantes calificados con experiencia en el programa y que estaban disponibles para participar en el estudio. Se incluyeron 4 comunas en cada una de ellas, de las cuales cada una respondía a un índice de aislamiento diferente, esto es, comunas: integradas, con bajo índice de aislamiento, aislamiento medio y mayor índice de aislamiento⁸³.

Se entrevistaron un total de 46 personas (9 de la SEREMI MDS, 5 SENAMA, 7 Encargadas Comunales, 16 monitores(as) comunitarios y 9 beneficiarios(as)).

De la revisión documental, el levantamiento de los procesos y su contrastación con los testimonios de los involucrados en su ejecución, se identificaron ciertos hitos o elementos críticos o relevantes (todos éstos están levantados formalmente en los flujos de procesos) que se observaron por parte de los(as) entrevistados(as) y que son sujetos de análisis para cada componente.

⁸² Sobre las entrevistas ver en anexo la metodología y los instrumentos utilizados en el trabajo en terreno.

⁸³ Ver en anexo 9.2.1 el detalle de las comunas seleccionadas. Fundamentalmente las integradas responden a comunas urbanas, en las siguientes tiene mayor incidencia la ruralidad.

6.2. Levantamiento de Macro procesos

6.2.1. Aspectos Generales

Objetivo Global del Programa

De acuerdo con el artículo 8 del Decreto Supremo N°29 del año 2013, el objetivo de este modelo de intervención es: *“Contribuir a ejecutar una o más acciones o procedimientos de intervención que tengan como fin la generación de condiciones que permitan a sus usuarios acceder en forma preferente al conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades, y estén integradas a la red comunitaria de promoción y protección social, teniendo una ejecución preferentemente municipal.”*

Objetivos del Macro proceso.

De acuerdo con el artículo 11 del Decreto Supremo N°29 del año 2013, los propósitos son:

- a) *“Contribuir a que los usuarios mejoren su calidad de vida, a través de la aplicación de acciones individuales y colectivas que promuevan el envejecimiento activo, potenciando las habilidades físicas y psicológicas de los usuarios, evitando o retardando la dependencia.*
- b) *Promover el fortalecimiento y desarrollo de recursos, habilidades y capacidades personales y familiares necesarias para mejorar su calidad de vida.*
- c) *Lograr que los usuarios que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad accedan de forma preferente, a un conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades.*
- d) *Lograr que el acompañamiento psicosocial tienda a constituirse en un proceso de mantenimiento activo que potencie sus capacidades y habilidades laborales y técnicas y permita mejorar las condiciones de calidad de vida de los usuarios.*
- e) *Favorecer y fortalecer la vinculación de los usuarios con su familia, en su entorno inmediato y con las redes existentes en el territorio comunal.”*

Alcance

Este levantamiento de procesos corresponde a la actual modalidad de operación, y no presenta las variaciones que estos procesos han sufrido desde el inicio del programa hasta hoy.

Responsabilidad y Autoridad

De acuerdo a lo señalado por el artículo 4 del Decreto 29 que Aprueba Reglamento del Artículo 4º de la Ley N° 20.595, Sobre Otros Usuarios del Subsistema de Protección y Promoción Social "Seguridades Y Oportunidades", del Ministerio de Desarrollo Social, corresponde al Ministerio de Desarrollo Social: la administración, coordinación y

supervisión del Subsistema de Seguridades y Oportunidades, sin perjuicio de las atribuciones y funciones de los demás organismos de la Administración del Estado.

El mismo cuerpo legal señala que, dichas funciones, serán ejercidas a través de la Subsecretaría de Servicios Sociales.

Las instituciones involucradas y sus funciones son:

Institución	Responsabilidad
Ministerio de Desarrollo Social (MDS)	- Administra, coordina y supervisa el programa Vínculos a nivel nacional.
MDS Nivel Regional (SEREMI MDS)	- Coordinar y apoyar la gestión local.
SENAMA	- Brinda Asistencia técnica a nivel nacional
Municipalidades	- Ejecutar el programa
Mesas Técnicas (nacional, Regional y local)	- Resguardar una coordinación fluida y organizada entre los diferentes actores - Analizar los casos que, como resultado de monitoreo, requieran consideraciones específicas respecto de su intervención.

Fuente: Construcción propia a partir de Norma Técnica 898, Orientaciones XII versión Vínculos.

Diccionario de Roles

Los cargos o roles y sus funciones son:

Cargo/Rol	Responsabilidad⁸⁴
Encargado Nacional del Programa (MDS)	Responsable de las labores de administración, coordinación y supervisión del Programa Vínculos a nivel nacional.
Encargado Nacional de Asistencia Técnica (SENAMA)	Desde el SENAMA, es responsable de acompañar técnicamente, capacitar y supervisar a los equipos locales.
Encargado Regional del Programa (SEREMI MDS)	Responsable de coordinar la implementación del modelo de intervención, la gestión presupuestaria y administrativa del programa en la región.

⁸⁴ Resolución Exenta N° 0898 del 4 de Agosto de 2017, que Aprueba Orientaciones de Implementación, Metodología y Procedimientos de Gestión del Modelo de Intervención del Subsistema Seguridades y Oportunidades, Para Usuarios de 65 años o más edad, del Artículo 4º letra A) de la Ley 20.595.

Cargo/Rol	Responsabilidad⁸⁴
Especialista en grupos Vulnerables, EGV (SEREMI MDS)	Responsable de monitorear la participación de las personas mayores en el programa, desde su incorporación hasta su egreso. Implica realizar acciones de validación seguimiento y evaluación de los participantes propias del programa Eje del Subsistema. Asimismo, apoyará al Encargado Regional en las labores que le asignen propios de su cargo.
Gestor Regional Encargado de Asistencia Técnica (SENAMA)	El SENAMA, a través de sus Gestores, proporciona el servicio de Asistencia Técnica a los ejecutores locales del programa.
Encargado Comunal del Programa (Municipalidades)	Debe ser funcionario de la Municipalidad con responsabilidad administrativa. Es responsable de la gestión técnica y administrativa del programa, y de la coordinación del equipo de trabajo con el fin de cumplir con los objetivos del programa.
Monitor Comunitario (Municipalidades)	Colaborador en la inserción efectiva de la persona mayor en la red de prestaciones y servicios que potencien su bienestar.
Usuario del programa	Personas, adulto mayor, que cumple los criterios de focalización definidos por el Programa Vínculos.
Departamento de TI y Procesos / Unidad de Sistemas. MDS	Administrador de las plataformas informáticas que soportan el programa: SIGEC (Sistema de Gestión de Convenios) y SIIEF (Sistema de Información Ingreso Ético Familiar, Ex – SSOO).

Fuente: Construcción propia a partir de Norma Técnica 898, Orientaciones XII versión Vínculos.

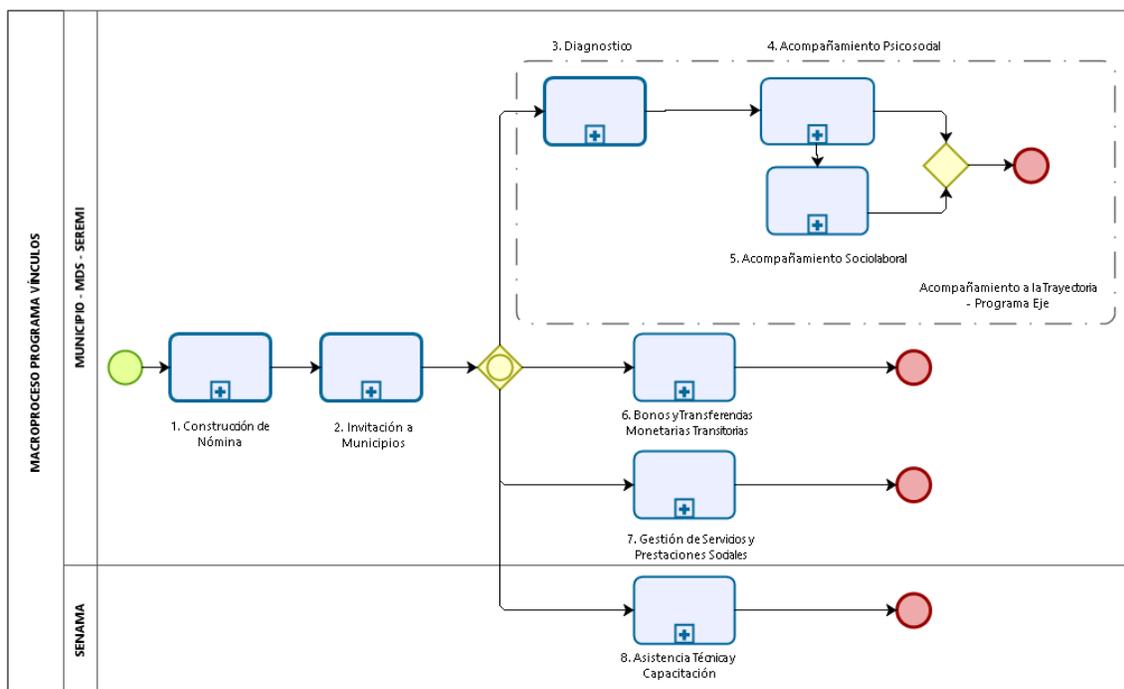
6.2.2. Macro Proceso Programa Vínculos

El macro proceso del Programa Vínculos se compone de los siguientes procesos:

1. Construcción de nómina de Prelación.
2. Invitación a municipios.
3. Acompañamiento a la Trayectoria – Programa EJE - Etapa de Diagnóstico.
4. Acompañamiento Psicosocial (APS).
5. Acompañamiento Socio laboral (ASL).
6. Bonos y Transferencias Monetarias Transitorias.
7. Componente Servicios y Prestaciones Sociales.
8. Asistencia Técnica y Capacitación.

La figura a continuación presenta Macro proceso del Programa Vínculos.

Figura 2. Macro proceso del Programa Vínculos



Fuente: Elaboración propia.

El Acompañamiento a La Trayectoria – Programa Eje, tiene como tareas fundamentales el seguimiento y monitoreo de las prestaciones comprometidas por el programa a los(as) beneficiarios(as) y la evaluación final de los resultados obtenidos, considerando las metas de la persona y los objetivos del programa.⁸⁵

El Programa Eje brinda acompañamiento a los(as) AM durante toda su participación en el programa a través de la ejecución de las etapas de Diagnóstico, Seguimiento y Monitoreo y Evaluación, de acuerdo con la nómina de AM elegibles que elabora el MDS. Comprende tres etapas:

- 1) Etapa de Diagnóstico: Comprende el contacto inicial con los(as) AM para invitarlos(as) a participar del Programa Vínculos, cuya aceptación se realiza a través de la firma de una carta de compromiso. Luego, se aplica un instrumento de diagnóstico y caracterización, que actualiza los registros de los datos que están en la nómina inicial.
- 2) Etapa de Seguimiento y Monitoreo (hasta 24 meses contado desde que los(as) AM son beneficiarios(as) al suscribir su Plan de Intervención): tiene como objetivo velar por la adecuada y oportuna implementación de los componentes, de acuerdo a lo comprometido en el Plan de Intervención.
- 3) Etapa de Evaluación: Comprende el proceso de valoración de los resultados alcanzados por los(as) beneficiarios(as) al finalizar la intervención del programa.

⁸⁵ <http://www.programassociales.cl/programas/56212/2015/3>

Para el presente levantamiento, la etapa de Seguimiento y Monitoreo, y de Evaluación, se incluyen en los procesos del APS que reciben todos los(as) beneficiarios(as) del programa.

Proceso 1. Construcción de Nómina de Prelación.

El proceso comienza cuando la División de Promoción y Protección Social, encargada del Programa Vínculos, solicita al Departamento de Análisis de la Información Social (DAIS) la construcción de la nómina de Prelación.

Luego, en conjunto, definen el detalle los procesos y alcances de la construcción de la nómina, para entonces generarla. Ésta se graba en la carpeta compartida, para incorporar el cálculo de la prioridad de cada persona, e ingresar la nómina prelada al SIIEF.

El Encargado Nacional de programa, en función del presupuesto, define la cobertura local, y la ingresa al SIIEF. Entonces la nómina prelada, con la cobertura local asignada, se envía (mediante sistema) a los Encargados Regionales para iniciar la invitación a municipios.

Proceso 2. Invitación a Municipios

Una vez que la División de Promoción y Protección Social cuenta con la nómina de posibles beneficiarios(as) según comuna, a través del SIGEC, la Secretaria Regional Ministerial invita a las municipalidades a ser participantes del Programa Vínculos.

Las municipalidades que aceptan la invitación a través del mismo sistema, elaboran un Plan de Trabajo y un Plan de Cuentas que debe ser validado por el Encargado Regional del Programa, para entonces generarse el convenio de transferencia de recursos, el decreto respectivo y la transferencia de los recursos.

El proceso finaliza con la contratación de los(as) MC.

Proceso 3. Acompañamiento a la Trayectoria – Programa EJE - Etapa de Diagnóstico

El proceso comienza una vez que se cuenta con la nómina de los posibles beneficiarios(as), de aquellas comunas que aceptaron la invitación a participar. Entonces, se inician las capacitaciones a los equipos municipales: EC y MC:

- EGV de las SEREMI MDS, capacitan en instrumentos.
- Gestor Regional de SENAMA, capacita en temas gerontológicos y metodológicos.

Luego los(as) MC comienzan con el contacto inicial con el(la) beneficiario(a), informando respecto del programa e invitando a participar. Este proceso debe ser llevado a cabo en estricto orden de prelación de la nómina, independiente de que puedan constatar que el AM no cumpla las condiciones de participación, ante lo cual los(as) AM pueden aceptar o rechazar la invitación. Cabe destacar que los municipios no participan en la construcción de nómina.

A los(as) AM que aceptaron las condiciones de participación, se les aplica el Instrumento de Diagnóstico del Programa Eje, el cual es validado por el EGV de la SEREMI MDS y el EC.

Una vez validados los diagnósticos, el(la) MC diseña, en conjunto con el usuario el plan de Intervención, el cual debe ser firmado por el(la) usuario(a), el(la) MC y el EGV de la SEREMI MDS.

Finalmente, el(la) MC ingresa en plataforma MDS la información de cada uno de los(as) AM visitados(as), con los resultados de esa gestión: Ingresa al programa, rechaza invitación, inubicable el domicilio, fallecidos u otras situaciones.

Paralelamente, y durante los dos meses que dura el proceso de diagnóstico, el(la) EC genera reportes de avance y un reporte final, los cuales son enviados al Encargado Regional de la SEREMI MDS y el Gestor Comunitario del SENAMA, para su monitoreo.

Proceso 4. Acompañamiento Psicosocial (APS)

El APS comienza cuando finaliza la etapa de inicio del Programa Eje, con la Profundización Diagnóstica, donde el(la) MC levanta las condiciones de bienestar de cada persona en función de indicadores.

A partir del diagnóstico, el(la) MC en conjunto con el(la) beneficiario(a), construyen el Plan de Desarrollo, el cual debe ser ejecutado durante la etapa de Acompañamiento. Al finalizar el primer año, se realiza la Valoración (actividad que se explica más adelante).

Durante el segundo año, el(la) MC en conjunto con el(la) beneficiario(a), desarrollan el Fortalecimiento de la implementación del Plan de Desarrollo, finalizando con el Cierre del Acompañamiento,

Todas las etapas son supervisadas por el(la) EGV del SEREMI MDS y por el(la) EC.

Además, el(la) EC coordina la red local existente para gestionar las necesidades de los(as) usuarios(as) identificadas, y mantiene actualizados los registros físicos y digitales de las acciones, en el marco de los Comités Intersectoriales.

Proceso 5. Acompañamiento Socio laboral (ASL)

El proceso de ASL comienza al quinto mes después del proceso de APS, cuando la profundización diagnóstica se termina, pues el instructivo que identifica y prioriza los perfiles para la selección de los(as) usuarios(as) del ASL es producto de esta información, el cual es aplicado por el(la) MC. La selección final debe ser validada por el EGV de la SEREMI MDS, según se requiera

Los(as) AM son invitados(as) al ASL mediante la firma del plan de Intervención Socio laboral en virtud del resultado de planilla de priorización, frente a esta invitación puede aceptar o rechazar este acompañamiento. En caso de rechazo, se van incorporando personas que no fueron priorizadas, en estricto orden de acuerdo a la planilla de priorización.

Los(as) AM que aceptan, se les aplica el instrumento diagnóstico ocupacional en sus domicilios, a partir del cual se genera Plan Ocupacional durante la etapa de Reconocimiento Trayectoria Ocupacional. En esta etapa, y en el marco de los Comités intersectoriales, el(la) EC se encarga de coordinar la red local para gestionar lo que requieran los(as) usuarios(as).

Finalmente, en diciembre del año 1 se realiza la etapa de valoración, en la cual los(as) beneficiarios(as) presentan sus Planes Ocupacionales y se les motiva para que lo implementen en el año 2.

El segundo año comienza con el apoyo al Plan Ocupacional. Con el soporte del EC para la coordinación de la red local, se busca visualizar en detalle el Plan Ocupacional. Las acciones a realizar son: (1) Recordar el Plan Ocupacional definido, (2) Reconocer las barreras intrínsecas y extrínsecas, (3) Reconocer las fortalezas intrínsecas y extrínsecas, y (4) la definición de acciones para el cumplimiento de Plan Ocupacional.

Al finalizar el año 2 se desarrolla la actividad de Cierre del Acompañamiento, dirigida por el(la) MC, que busca que el(la) AM realice una valoración de la experiencia, reflexionando sobre los cambios, y que se empodere para desarrollar proyecciones a futuro.

Todas las etapas son monitoreadas por el EGV del SEREMI MDS y supervisadas por el EC del municipio.

Además, el(la) EC coordina la red local existente para gestionar las necesidades de los(as) usuarios(as), y mantiene actualizados los registros físicos y digitales de las actividades.

Proceso 6. Bonos y Transferencias Monetarias.

El proceso comienza una vez que se han seleccionado los(as) beneficiarios(as) del programa de cada año, tanto los nuevos como los que continúan del año anterior, entonces se realiza el cálculo de brechas que corresponde a identificar exactamente el monto que le corresponde recibir a cada beneficiario(a). Entonces se realizan los pagos.

Paralelamente, con la lista de beneficiarios(as) definidos para el año, se deben modificar algunos receptores de pagos respecto del año anterior y dar por finalizados algunas transferencias del año anterior, esto a raíz de beneficiarios(as) que hayan abandonado el programa por diversos motivos o hayan egresado de éste.

Como consecuencia de los pagos, se reciben algunas apelaciones por parte de los beneficiarios(as), que deben ser resueltas. Estas apelaciones se pueden originar por disconformidad de los(as) beneficiarios(as) con el monto, o con los derechos para su cobro, por ejemplo, de acuerdo a lo expresado por la contraparte del programa, las transferencias por bono de protección solo son entregadas al AM beneficiario(a), el cual en caso de estar postrado o con movilidad muy reducida, presenta serios problema para su cobro.

Durante el periodo, además, se debe realizar el control financiero continuo.

Proceso 7. Servicios y Prestaciones Sociales.

El proceso comienza una vez que se han seleccionado los(as) beneficiarios(as) del programa de cada año, tanto los nuevos como los que continúan del año anterior. Entonces el(la) EGV entrega del instructivo para construir el Mapa de Oportunidades Local, lo cual ocurre durante el primer año del programa. Para el cual, el(la) EC y el(la) MC, levantan la oferta programática local usando fichas de Levantamiento, durante el mes de febrero del primero año del programa.

Considerando el resultado de la profundización diagnóstica, el Plan de Desarrollo y el Plan Ocupacional, se identifican las necesidades de intervención para cada usuario(a), proceso en el cual cuentan con el acompañamiento del MC.

Paralelamente, el(la) EC convoca la Mesa Técnica Intersectorial local al menos 3 veces al año, en la cual participan representantes de la red de salud, seguridad pública, carabineros, bomberos, y de políticas sociales del municipio, con el objetivo de coordinar los distintos actores que intervienen en la provisión de las prestaciones sociales, así como también resolver respecto de casos que requieran consideraciones específicas.

Proceso 8. Asistencia Técnica y Capacitación.

El SENAMA presta asistencia técnica a los equipos regionales y locales a cargo de ejecutar el Programa Vínculos en varias instancias y temáticas, diseñando e implementando acciones o estrategias de apoyo técnico diferenciado de acuerdo a las necesidades de capacitación de cada equipo comunal:

- Proceso de selección del perfil de los(as) MC, donde se levantan las ternas y, según la experiencia, se les sugiere qué prospecto es el más idóneo.
- Capacitar a la totalidad de los(as) MC en la metodología de intervención del Programa Vínculos en las materias relevantes su adecuada ejecución (gerontológicos y metodológicos).

- Manejar temas complejos como son, por ejemplo, AM no valentes o con capacidades valentes menguadas⁸⁶ (estas temáticas son reforzadas en las capacitaciones abordando con ejemplos estos temas).
- Proceso de instalación e implementación del modelo de intervención y difusión, a través de reuniones mensuales donde se ven casos, realización de visitas, supervisión individual, resolución de nudos críticos, algún caso social, situación de violencia o alcoholismo, etc. Los(as) MC utilizan esta instancia para hacer las consultas que sean pertinentes a su actividad.
- Aplicación sistema de evaluación de desempeño a los(as) MC, por el rol clave que tienen estos profesionales para el éxito del programa.
- La implementación de la etapa de evaluación y cierre, con directrices técnicas de evaluación. Esto consiste en dirigir el discurso hacia los logros de la persona, son evaluaciones individuales y grupales por usuario; la estrategia metodológica contempla el proceso de evaluación.
- El cierre técnico/metodológico del APS y ASL, donde su rol consiste en constatar que se haya aplicado la metodología, se revisan los informes técnicos que suben a SIGEC.

Además, SENAMA supervisa el correcto funcionamiento del programa, en particular:

- Participa de las mesas técnicas regionales y comunales. En las mesas comunales se ven aspectos de estrategia metodológica y se adoptan acuerdos; se hacen seguimiento de situaciones como la monitorización del bono garantizado. En las mesas técnicas regionales convocadas por el Seremi MDS, se acude para ofrecer capacitación metodológica, administrativa y financiera a los(as) EC y MC, se presentan experiencias y buenas prácticas, se resuelven nudos críticos y se invitan a expositores externos, entre otras.
- Realizar la gestión de red para fortalecer el trabajo de los servicios y prestaciones sociales apoyando a los(as) monitores(as) en esta tarea

6.3. Implementación de los Componentes

6.3.1. Acompañamiento a la Trayectoria – Programa EJE

Participación de los Actores

El inicio del programa tiene una serie de procedimientos administrativos en que el MDS central, a través del Sistema de Gestión de Convenios (SIGEC), abre la convocatoria en la plataforma para que el municipio acepte la invitación a participar como entidad ejecutora,

⁸⁶ Si bien el Programa prioriza a los(as) AM autovalentes por sobre los que presentan disminuida su autovalencia, ocurre que durante el desarrollo del Programa algunos beneficiarios sufren enfermedades, accidentes, u otros posibles que afectan negativamente su grado de autovalencia. En estos casos, el Programa no los margina ni expulsa, sino que modifica el Plan de Desarrollo a las nuevas condiciones.

según cronograma y donde, además, se debe elaborar propuesta del acompañamiento, plan de trabajo y de cuentas. A su vez, el MDS tiene el rol de liberar los convenios a los municipios para ser firmados y aprobados, para proceder a cursar los recursos correspondientes. De allí comienza la etapa de contacto del MC con los(as) usuarios(as) – a partir de la nómina de prelación con potenciales usuarios(as) que envía el MDS - y la constatación de su aceptación en participar, lo que es monitoreado por los(as) Especialistas en Grupos Vulnerables (EGV) y se sube a la plataforma para su monitoreo a nivel nacional. El Gestor SENAMA hace el acompañamiento técnico de este proceso.

Los Encargados Regionales (ER SEREMI), EGV y Encargados Comunales (EC) de los municipios señalan que es un sistema que ya está establecido y que, salvo por sus plazos bastante acotados, lo consideran que es un proceso que no tiene mayores dificultades y es amigable de utilizar. Los roles de cada cual aparecen claramente establecidos, aunque los testimonios indican que la asistencia técnica de SENAMA a los MC en esta etapa de visita a usuarios(as) es menos visible, sobre todo, porque es un proceso muy acotado en el tiempo para un equipo reducido.

Las entrevistas realizadas en todos los niveles, mencionan positivamente que sean los(as) monitores(as) con experiencia quienes realicen esta etapa, ya que poseen el manejo técnico para trabajar en terreno, y tienen la capacidad para establecer una comunicación más fluida con el(la) AM. Además, habitualmente, son las personas que continuarán en las etapas siguientes.

Actividades relevantes y/o críticas

Del Componente Eje – Etapa de Diagnóstico se levantaron los siguientes hitos:

- 1.1 Capacitación a Equipos Comunales: Capacita a MC, Capacitar en instrumentos,
- 1.2 Nómina de prelación y aceptación de beneficiarios(as) a participar: Remitir nómina prelada, Contacto Inicial, Firmar documento.
- 1.3 Diagnóstico, validación y aceptación del Plan de Intervención: Aplicar instrumento de diagnóstico, Validar instrumento diagnóstico, Firmar Plan de Intervención

1.1 Capacitación a Equipos Comunales

Una vez que se dispone de la nómina de posibles beneficiarios(as), se inicia la capacitación de los actores municipales, esto es, los(as) EC y MC. El responsable es el(la) EGV que capacita en los instrumentos, aspectos administrativos y uso de los sistemas, mientras el Gestor SENAMA trata los temas de gerontología y metodológicos.

De acuerdo a los entrevistados, esto usualmente ocurre en una jornada en que se dividen los contenidos a tratar entre los(as) EGV y los(as) Gestores. Estos últimos señalaron que efectivamente ellos(as) son los responsables de la capacitación de los contenidos

gerontológicos. En la práctica el apoyo metodológico es limitado y lo que se trata todos los años para esta etapa con los(as) monitores(as), es el trato directo con AM, y los énfasis se dan en relación a si los(as) MC son nuevos(as) o antiguos(as) considerando los cambios ocurridos en la versión y año de la convocatoria.

Los(as) EGV tratan los contenidos relacionados con los instrumentos que utiliza el programa, desde conectarse con los(as) potenciales beneficiarios(as), el uso de la documentación y las firmas a obtener de los(as) usuarios(as), en que un contenido muy importante, trata del levantamiento del diagnóstico eje. Se remarcó que lo habitual es trabajar esta etapa con MC que han participado anteriormente, por lo que se actualizan aquellos elementos que hayan tenido alguna variación en la versión correspondiente.

Por su parte, los(as) EC tienen la responsabilidad de que la labor de los(as) MC se realice. Algunos declararon no haber participado de estas capacitaciones, ya que suele haber comunicación vía correo o telefónicamente con los EGV, para enterarse de algún cambio que los instrumentos o el sistema hayan tenido. Todos los EC entrevistados conocían los procesos desde años anteriores.

1.2 Nómina de potenciales beneficiarios y Aceptación de beneficiarios a participar

El(la) EC distribuye la carga de los(as) potenciales beneficiarios(as) entre los(as) MC que los(as) visitarán. Todos los(as) MC confirmaron que los contactos se ciñen estrictamente al orden de prelación, aunque eso les signifique ciertas pérdidas de tiempo, cuando puede haber un potencial beneficiario(a) próximo a uno ya visitado, pero no corresponde todavía visitar por el orden de prelación. Existen distintas alternativas de salida después de este contacto inicial con los(as) beneficiarios(as): los que aceptan, no aceptan, los inubicables, los fallecidos y otras variantes, todo lo cual debe quedar documentado, según protocolos que dan cuenta de estos distintos eventos. Todos los actores involucrados señalaron que los procesos y documentos se cumplen estrictamente.

Los(as) EC señalaron que se dividen a los(as) MC por sectores, visitan a los(as) AM del listado y cuentan con la supervisión y el apoyo del EGV y del Gestor. Hubo opiniones positivas del apoyo de ambos actores en esta etapa. Los(as) EGV plantearon que, por un problema de tiempo y de recursos para salir a terreno, habitualmente son los(as) MC los que les llevan los documentos a sus oficinas para que los firmen.

Este proceso de contacto inicial con los(as) AM tiene complicaciones en los tiempos involucrados por distintas contingencias que ocurren, por ejemplo, cuando las personas no son ubicadas y deben programarse nuevas visitas, hay personas que no aceptan de inmediato y debe programarse un nuevo encuentro, entre otras. Los(as) MC señalan que tienen bastante presión para lograr cumplir con los plazos, puesto que toda la etapa debe estar terminada en dos meses, incluyendo el levantamiento de la información en el sistema. Esta situación es más acuciante en comunas (aisladas) en que los(as)

beneficiarios(as) están extendidos en el territorio y es más difícil visitarlos. En cualquier caso, no se detectó que, por este mayor aislamiento, no se cumplieran los plazos.

Una observación que surgió en las entrevistas con los(as) MC y los(as) usuarios(as) es que este primer acercamiento carece de formalidad y causa mucha angustia en el adulto mayor, ya que desconocen el programa. Además, desde la primera visita se comienza a solicitar firmas de documentos. Se constató que los(as) AM – como podría ocurrir con cualquier persona - tienen mucha desconfianza para firmar un documento entregado por una persona que recién conocen. Una pareja de usuarios(as) planteó que, una vez firmado los documentos, vivieron con mucha angustia la espera de dos meses hasta recibir las visitas regulares y el pago del bono.

Las propuestas planteadas para enfrentar lo anterior fueron diversas, por ejemplo, que el municipio hiciera una difusión inicial por radios locales, les proporcionara alguna chaqueta o alguna vestimenta que lo vincule al municipio. Una usuaria planteó que tuvo confianza para firmar porque la profesional que la visitó llevaba credencial. Los(as) MC propusieron además que, en esta etapa del Eje, se firme un solo documento – sea la firma de la documentación de aceptación o el Plan de Intervención.

Por otra parte, una situación recurrente planteada por todos los niveles, es que en la lista aparecen personas que no son vulnerables y que viven con familia, es decir, no viven solas o acompañadas solo por otra persona⁸⁷. Los(as) EC y MC plantearon, además, la situación de personas que no son autovalentes y que tienen diferentes patologías cognitivas, psiquiátricas, funcionalidad reducida y situaciones similares y, que todo indica, que tendrán dificultades para recibir el servicio de Acompañamiento⁸⁸. Un(a) MC comentó que su estrategia en terreno – agreguemos que no está en ninguna normativa - era ponerle menos interés a que el usuario(a) aceptará participar.

Para enfrentar este tipo de dificultades, se podría elaborar un protocolo adicional para que estos casos no se consideren como beneficiarios(as) – pudiendo ver la posibilidad de buscar otros tipos de apoyos más allá del programa. Esta alternativa es una solución intermedia, para administrar la tensión entre un listado de prelación levantado a partir del RSH que resguarda contra eventuales arbitrariedades de los municipios para favorecer a ciertos beneficiarios(as) (clientelismo⁸⁹), pero con el riesgo de incluir a otros(as) que no corresponden (inclusión), porque la información ya está obsoleta. En este sentido, los gobiernos locales tienen una información más actualizada de la población susceptible de incluir.

⁸⁷ En el análisis de población y focalización se analizó este punto de errores de inclusión y exclusión.

⁸⁸ Cuando se analice el APS se abordará también este tema.

⁸⁹ El clientelismo es una forma desigual de 'amistad instrumental', que surge cuando uno de los socios tiene claramente mayores posibilidades de movilizar bienes y servicios en cambio por lealtad, información y apoyo político. Para un detalle de los alcances de este concepto véase Durston, John. **El clientelismo político en el campo chileno** (primera parte). *Ciencias Sociales Online*, marzo 2005, Vol. II, No. 1 (1-30). Universidad de Viña del Mar-Chile

1.3 Diagnóstico, validación y aceptación de Plan de Intervención

Toda la etapa con el usuario(a) debe realizarse en 3 sesiones: visita inicial de aceptación, aplicación del diagnóstico y aceptación con la firma por parte del usuario del Plan de Intervención⁹⁰. De acuerdo a la realidad de cada usuario(a), los(as) MC señalaron que, independiente de mantener la constancia de las 3 sesiones, hay variantes en los momentos de aplicación del desarrollo de los contenidos que se tratan en cada sesión. Así, por ejemplo, el diagnóstico podría iniciarse en la primera reunión y terminar en la 3ª sesión, junto con el Plan de Intervención.

Los(as) EGV visan los diagnósticos en cuanto corroboran que estén los campos completos y que venga el Plan de Intervención con todos los antecedentes y firma del beneficiario(a). En la visita de los(as) EGV, se constataron distintas situaciones, en que hubo aquellos que acompañaron a los(as) MC para corroborar los antecedentes y, en otras, en que sólo revisaron la documentación, lo que es válido porque no está excluida en las orientaciones todas estas alternativas.

En la realización de los diagnósticos hay evidencia relacionada con que su aplicación puede tomar más de una sesión, debido a que los(as) MC señalaron que era muy largo (85 preguntas)⁹¹. El tema más de fondo es que existen dos diagnósticos, uno que contiene básicamente preguntas cerradas y luego otro de profundización (aplicado en el APS). De la conversación con los MC, se planteó que debiera priorizarse uno de estos diagnósticos, en principio, podría ser el de esta etapa que entrega una visión general del AM. Esto debiera resolverse clarificando qué se espera obtener con cada instrumento y si eventualmente pudieran fusionarse.

En cuanto al tratamiento del Plan de Intervención que ocurre en la sesión 3, es un documento que explicita el acceso a los APS y ASL y a recibir las Transferencias Monetarias. Este documento va firmado por el usuario(a) cuando acepta lo planteado. Eventualmente, puede observarlo, y luego el(la) MC deberá revisar las observaciones con el(la) EC y Seremi para ajustarlo. De acuerdo a los testimonios, esto no es muy usual que ocurra. Otra alternativa es que no acepte firmarlo, lo que significa que el(la) AM deberá manifestar por escrito su rechazo y su renuncia a participar.

Como se dijo en el diseño, no es exactamente un plan de trabajo, sino que es más bien una carta informativa de las prestaciones que el(la) AM recibirá. Precisamente por este carácter informativo es que se sugiere que sea el único documento que firme el(la) usuario(a).

⁹⁰ Firman también estos documentos el(la) EGV y el(la) EC.

⁹¹ Ver 4.1.1 en este informe

El cierre de este proceso es cuando el(la) MC sube la carta compromiso firmado, el diagnóstico realizado y Plan de Intervención firmado a la plataforma del Sistema de Información Ingreso Ético Familiar (SIIEF) de aquellos que aceptaron participar, como también los certificados de inubicables, renuncias y/o fallecimientos. Este es una documentación que debe ser validada por el(la) EGV. Lo que se señaló es que es bastante lento subir la información de cada usuario(a). En todo caso, esta actividad es importante para realizar el seguimiento de la etapa. Además que, con el cumplimiento de este procedimiento, se activan las transferencias monetarias correspondientes y permite iniciar los acompañamientos.

6.3.2. Acompañamiento Psicosocial (APS)

Participación de los Actores

La participación de los actores involucrados está claramente establecida. Así, los(as) EGV se encargan del seguimiento del cumplimiento de las etapas del APS, revisan los cuadernillos y que estén levantados en el SIGEC, participan de las valoraciones y evaluación de cierre, entre las materias principales.

El Gestor es el responsable de la capacitación y la asesoría técnica. Ellos mismos señalan que tienen reuniones mensuales con el(la) EC y el(la) MC donde se ven los casos más difíciles, incluso son informados de situaciones sociales como violencia y/o alcoholismo, para gestionar el apoyo con entidades encargadas del tema.

El(la) EC se responsabiliza de la ejecución del programa y supervisa a los(as) MC como los encargados(as) del trabajo en terreno. Ambos actores municipales, en general, manifestaron que existe una relación muy cercana con los(as) profesionales de SEREMI y SENAMA.

No se detectaron funciones o tareas que no tuvieran un responsable asignado o que se repitieran entre uno y otro actor o que existiera discrepancia entre lo establecido por la norma y lo realizado. Cuando se analicen más abajo el desempeño de ciertas funciones relevantes, aparecen algunas brechas debidas, por ejemplo, a que existen equipos reducidos para cumplirlas o porque no se tiene un plan estándar mínimo de horas de capacitación, pero las funciones tienen un claro responsable.

Actividades Relevantes y/o Críticas

Del APS se levantaron tres conjuntos de actividades críticas o relevantes, a saber:

- 1.1 Diagnóstico: Profundización Diagnóstica.
- 1.2 Plan de Desarrollo: Construcción Plan de Desarrollo, Acompañamiento Bienestar Adulto Mayor y Fortalecimiento de la Implementación.
- 1.3 Cierre Componente: Valoración; y Cierre del Acompañamiento.

1.1 Diagnóstico: Profundización Diagnóstica

En sesiones individuales se levantan las condiciones de bienestar, en función de indicadores que están en la Matriz de Bienestar⁹². A partir de ellas se construye la línea de entrada al programa y se definen los ámbitos que se deben trabajar.

Los(as) MC consideran, en general, que las preguntas que tiene el diagnóstico son fáciles de llenar, las que se registran en un cuadernillo. Algunos declararon que se completan entre 3 a 4 visitas, aunque se especifica en la documentación que esto debe realizarse en solo 3 visitas. Sin embargo, esto no es un tiempo gravitante y la sesión adicional es el inicio de la construcción del Plan de Desarrollo, lo que no afectaría el cumplimiento de los plazos para este nuevo hito.

Sin embargo, un comentario permanente en los distintos niveles es que el diagnóstico aparece como reiterativo en toda la etapa inicial, puesto que existe ya el diagnóstico de la Etapa Eje y luego, en el componente Acompañamiento propiamente tal, se realiza la profundización del mismo. En este sentido, se hicieron comentarios sobre la monotonía de este proceso para el(la) usuario(a), y que también dificulta el trabajo del monitor(a), que debe esforzarse para mantener el interés del usuario(a). Además, se planteó la inquietud respecto de que problemas detectados en el diagnóstico no tienen necesariamente una oferta específica para enfrentarlos, lo que se verá en particular cuando se analice este componente.

Otro elemento a considerar son las observaciones sobre preguntas personales que se reiteran, como son, por ejemplo, los ingresos, cómo los gastaron o por qué no asiste a los controles de salud. En efecto, estos son ámbitos sensibles para cualquier persona – no solo para los(as) AM –, por lo que plantear este tipo de temas demanda haber generado niveles de confianza en los momentos iniciales, lo que requiere monitores(as) muy empáticos(as) y experimentados(as). Hubo testimonios que plantearon que finalmente se conoce realmente a los(as) AM en el transcurso del tiempo. Al respecto, hubo otros(as) monitores(as) que señalaron que eran respuestas fáciles de contestar para los(as) AM, lo que lleva a preguntarse qué tan conscientes están estos profesionales de lo sensible que son estos temas para los(as) usuarios(as).

Paradójicamente, hubo testimonios de MC y también de niveles superiores como SEREMIA del MDS que dan cuenta que el diagnóstico es bastante resumido, no dando cuenta de la realidad de los(as) AM. Se señala, por ejemplo, que la necesidad de la compañía, o que les gusta ser visitados o que requieren mejorar la escritura, no queda registrado. En realidad,

⁹² La Matriz de Bienestar cuenta con un total de 5 dimensiones asociadas a 18 condiciones. Las dimensiones son consideradas ámbitos relevantes de la experiencia humana o derechos que debiesen ser ejercidos. Estas son Ocupación, Ingresos, Salud, Autonomía y Vivienda y Entorno.

si se revisa el Cuadernillo de Profundización Diagnóstica versión 11⁹³, podría incluirse situaciones como las relatadas en “Observaciones y comentarios del Monitor Comunitario respecto a la dimensión Ocupación”.

Lo anterior lleva a plantearse qué tan flexible es finalmente la aplicación del diagnóstico en profundidad, en que se tiende a realizar un checklist, postergando las respuestas semi-estructuradas que desencadenan la conversación más en profundidad con el(la) AM. La hipótesis explicativa más plausible es que existe la presión por cumplir con los plazos del llenado del Cuadernillo de Profundización Diagnóstica, por lo tanto, opera más como checklist que como conversación.

Cabe consignar que en el Cuadernillo de Profundización Diagnóstica versión 12, desaparece la opción de respuestas semiestructuradas, privilegiando las preguntas cerradas y no es posible agregar nuevos temas. En el cuadro siguiente aparece en detalle el número de preguntas que tiene el instrumento profundización diagnóstica por dimensión.

Cuadro 7 N° de preguntas de la profundización diagnóstica

Dimensión	N° de Condiciones	N° de Indicadores (Preguntas)			Total (DP)
		Diagnóstico Eje (a)	Diagnóstico Profundidad (DP)		
			Simple (b)	Con varias alternativas (c)	
Ocupacional ⁹⁴	4	1	5	9	14
Ingresos ⁹⁵	3	2	8		8
Salud ⁹⁶	6	2	11		11
Autonomía ⁹⁷	1		9		9
Vivienda y entorno ⁹⁸	4	1	7	5	12
Total	18	6	40	14	54

Fuente: Elaboración propia a partir del Cuadernillo profundización diagnóstica 1º año 12 versión

(a) Pregunta que está respondida en el diagnóstico eje, por lo tanto, no se vuelve a preguntar y el(la) monitor(a) debe responderla a partir de la revisión del diagnóstico eje para registrarla.

(b) Tiene tres alternativas a completar (Sí, No y No aplica)

(c) Aparte de lo contenido en (b), tiene alternativas al interior de cada pregunta

⁹³ MDS. Cuadernillo de profundización diagnóstica 1º año 11 versión

⁹⁴ Ocupación. Toda aquella actividad con sentido en la cual la persona participa cotidianamente.

⁹⁵ Ingresos son los recursos monetarios para acceder a bienes y servicios que permitan sostener condiciones de vida dignas, adecuadas a condiciones mínimas de bienestar.

⁹⁶ Salud. Referida a la salud física y mental, basada en la promoción y prevención y atención de la enfermedad, además de la rehabilitación y los cuidados paliativos.

⁹⁷ Autonomía. Definida como la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir el día de acuerdo con las normas y preferencias propias

⁹⁸ Vivienda. Las condiciones en las cuales habitan las personas y el entorno en el que se desenvuelven

Se constata que el instrumento diagnóstico es extenso, donde 6 preguntas las debe llenar el(la) monitor(a) revisando el diagnóstico levantado en el Eje; otras 54 preguntas son nuevas, de las cuales 14 tienen varias alternativas adicionales de respuestas. Por su parte, como se vio más arriba, la versión 11 tenía preguntas abiertas, lo que le otorgaba mayor flexibilidad para incorporar respuestas o temas no contemplados, pero tenía la desventaja que incluía 15 preguntas adicionales, lo que alargaba aún más el cuestionario (3 preguntas para cada una de las 5 dimensiones, aparte de un espacio al final para agregar observaciones).

La propuesta es reducir los ítems de diagnóstico, para lo cual se debe pasar por la identificación de los resultados – definido como el cambio que se quiere obtener en la población intervenida - que se espera lograr en los(as) AM y separarlos de los bienes y servicios (productos) otorgados que se consideran indispensables para lograr los resultados. Cuando se analizó el diseño, se señaló que el concepto positivo de “Vinculación” o negativo de “Desvinculación” del AM no tiene un diagnóstico claramente precisado, y no se identificaban las variables a incluir. Es por esto que la medición de las 5 dimensiones que el programa atiende, sean más bien planas, no separando los bienes y servicios otorgados de los resultados. Incluso los resultados se incluyen con una dimensión transversal denominada Participación y Vinculación, que se mide reiterando los 15 indicadores que se formularon en las 5 dimensiones, mezclándose indicadores de resultados con los productos que se entregarán o gestionarán. Es lo que puede verse en el cuadro siguiente⁹⁹:

Cuadro 8 Identificación de Indicadores de resultados y productos por dimensión.

Indicadores Totales				Indicadores Transversales “Participación y Vinculación”		
Dimensión	Tipo de Indicadores			Tipo de Indicadores		
	Resultado	Producto	Total	Resultado	Producto	Total
Ocupación	6	9	15	1	4	5
Ingresos	1	9	10	1	1	2
Salud		13	13		2	2
Autonomía	6	3	9	1	2	3
Vivienda y entorno	1	13	14	1	2	3
TOTAL	14	47	61	4	11	15

Fuente: Elaboración propia a partir MDS. Orientaciones Metodológicas. Programa Vínculos. Versión 12.

Se puede constatar que existen 14 indicadores de resultado y 47 de productos. Usualmente, las dimensiones de ingreso, salud y vivienda tienden a concentrarse en indicadores de productos, en cuanto se refieren al acceso a una pensión, a atenciones de salud y mejoras en las condiciones de la vivienda. Las dimensiones de Ocupación y

⁹⁹ El detalle de la clasificación de los indicadores puede verse en el anexo.

Autonomía tienen más indicadores de resultado, en cuanto expresan una conducta, tales como “salir a visitar a familiares”, “toma decisiones” y similares.

Curiosamente, los indicadores transversales, que debieran expresarse en resultados, solo tienen 4 indicadores de este tipo, los demás se refieren a bienes y servicios otorgados.

Se sugiere, para elaborar los indicadores transversales, utilizar la dimensión de Autonomía¹⁰⁰, entendiendo por este concepto la capacidad de decidir sin coacción (Resultado) y que se disponen de los recursos y un entorno que permite tomar tal decisión (Productos). Dicho de otro modo, se hace referencia a una doble dimensión de la ciudadanía: la ciudadanía receptiva, esto es, el acceso a los bienes y servicios para satisfacer necesidades y potenciar capacidades y, la ciudadanía activa, que se expresa en el derecho a participar y de asumir eventuales responsabilidades. Esto puede constituirse en un círculo virtuoso puesto que, en la medida que se participa, se puede tener injerencia en mejorar el acceso a bienes y servicios.

En resumen, para que el diagnóstico no se reduzca a un checklist de un instrumento extenso para cumplir con los plazos otorgados (3 sesiones y levantamiento en la plataforma de la información obtenida), debería reducirse el número de preguntas, dividir claramente los indicadores de productos y resultados, y no cerrar el diagnóstico necesariamente en los 3 primeros meses, pudiendo complementarse también con preguntas abiertas para profundizar algún aspecto específico durante el año, y cerrarlo al término de ese 1º año.

Validación de Información de diagnóstico

La validación de los diagnósticos se realiza por parte del(la) EC revisando los cuadernillos y, muy ocasionalmente – de acuerdo a los testimonios -, realiza visitas a terreno, lo que ocurre cuando eventualmente hay problemas que resolver. La estrategia de validación del diagnóstico más habitual es mediante la revisión documental y con reuniones semanales con los(as) MC. Se constata que la calidad del MC es clave para el éxito de un buen diagnóstico, puesto que el EC tiene diversas tareas más allá del programa para supervisar en profundidad los diagnósticos. Básicamente hay una revisión administrativa de las firmas, los campos, que los cuadernillos estén al día, etc.

El(la) EGV también hacen revisión de los diagnósticos levantados en el sistema de cada beneficiario(a). La limitación que manifiestan es que el sistema no les avisa cuando se ha levantado la información del diagnóstico (eso ocurre con todas las etapas), por lo que

¹⁰⁰ Aquí se está siguiendo a Etxeberria Mauleon, Xabier. **Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad**. En *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Sandra Huenchuan, y, Rosa Icela Rodríguez Editoras. 2014. CEPAL- CDMEX. Páginas 61 a 70.

pierden mucho tiempo revisando si efectivamente se ha levantado o no. Solo hubo un caso, de todos los entrevistados comunales, en que se señaló por parte del EC que nunca recibieron una visita de revisión; sin embargo, al parecer estas situaciones son excepcionales.

Los(as) EC señalan que reciben visitas del EGV y se revisan los cuadernillos de diagnóstico en oficina. El SENAMA realiza los apoyos técnicos, ante consultas que hacen los(as) MC. Los comentarios recibidos es que suele haber una comunicación fluida con el Gestor. El(la) EGV y Gestor disponen de actas de supervisión y en la versión actual tienen que subirla al sistema. La comunicación del(la) MC con los niveles regionales del SENAMA y MDS se hace telefónicamente o vía email. No es posible para éstos últimos verificar todas las situaciones en terreno, y básicamente revisan la documentación. En las entrevistas, la queja más recurrente es que no alcanzan a revisar todo. Básicamente se circunscribe a una revisión documental.

La impresión que queda es que por las características del instrumento de diagnóstico, sobre todo por su extensión y la tendencia al checklist que se comentó más arriba, la revisión es básicamente administrativa, no profundizándose sobre el contenido de los mismos. Eso ocurría incluso con la versión 11, que tenía preguntas abiertas.

1.2 Plan de Desarrollo

Construcción Plan de Desarrollo

El(la) MC se reconoce a sí mismo como un actor clave para sacar adelante el Plan de Desarrollo durante las 4 sesiones y su registro en el sistema. Su construcción involucra una variedad y complejidad de situaciones. Se perciben escudriñando la realidad de todos los(as) AM y detectando las barreras para gestionar las redes de apoyo para superarlas.

Sobre los(a) AM, manifiestan que es muy fácil trabajar con algunos(as) de ellos(as), y con otros(as) tienen más dificultades. Se identifica un AM tipo que cumple con todo y tienen redes establecidas, siendo el desafío buscar temas que puedan trabajar. De todos modos se les considera usuarios(as) importantes, porque en las etapas de implementación del Plan son personas que motivan al resto y se transforman en líderes de las sesiones grupales.

Los casos más complejos son los de aquellos que viven solos y no quieren participar de actividades, los que tienen diversas limitaciones como demencia senil, personas postradas, ciegos(as), problemas de alcoholismo, etc. Como la metodología está construida por sesión y tiene plazos, es muy difícil realizar este proceso. A esto se agrega al AM analfabeto por lo que los instrumentos del programa no se aplican, debiendo adaptarse a esas situaciones. Sobre todo, en los casos más extremos como los citados más arriba, un(a) MC dijo directamente que la metodología quedaba de lado. Hubo

planteamiento de parte de profesionales de SEREMI que, en estos casos, debiera haber un desarrollo metodológico distinto y más especializado, por ejemplo, limitado a realizar gestiones para su mayor bienestar. Se puede agregar que se realizan en, muchos casos, derivaciones a programas tales como el “Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor”, Establecimientos de Larga Estadía para AM (ELEAM) y similares. Es claro que hay que dificultades al respecto, porque no existen estos programas en todas las zonas del país y la cobertura es limitada.

Se señaló por parte de los(as) MC que el llenado de los cuadernillos es un proceso muy repetitivo y engorroso, considerando que después deben levantar la información al sistema. Aquí se detecta una tensión entre trabajar, por una parte, los contenidos e instrumentos para apoyar a los(as) usuarios(as) en que el conversar y visitarlos es bien valorado por ellos y, por otra, el cumplimiento administrativo de los procesos, que es un requisito indispensable para el seguimiento del programa. Otra cosa es si tienen el tiempo suficiente para realizar esas tareas además de visitar a los(as) usuarios(as) cada 15 días, al menos, en las primeras etapas. Eso fue una queja recurrente por parte de los(as) MC¹⁰¹. Lo que se constató es que se cumple con la normativa de ajustarse a esos plazos de visitas

La Matriz de Bienestar con sus indicadores, que es un instrumento largo y requiere cierta dedicación para su entendimiento. Es considerado por los(as) MC como una guía importante para realizar el Plan de Trabajo, aunque manifestaron que hay elementos repetitivos, por ejemplo, en la dimensión ocupacional. Se puede agregar que los(as) MC que ingresan al programa requieren bastante apoyo en este proceso, y los Gestores no tienen muchas posibilidades de estar en terreno y realizar una Asistencia Técnica más cercana. El apoyo que se detectó de este actor es más bien por comunicación a distancia y en las instancias de capacitación, que se verá más adelante. Se detectó que en el apoyo para los(as) nuevos(as) MC juegan un rol relevante los MC que tienen más experiencia y los(as) EC, a través de las reuniones semanales que se suelen implementar.

El otro instrumento que se utiliza es el mapa de oportunidades¹⁰², que son los(as) propios(as) MC que elaboran y que se verá cuando se trate el componente Servicios y Prestaciones Sociales.

Acompañamiento Bienestar Adulto Mayor

Los(as) MC reconocen que lo que llaman Manuales (entendemos que hacen referencia a los documentos denominados “Orientaciones”) es el documento que guía su trabajo (6 sesiones individuales y 6 sesiones grupales). Cuando hay modificaciones de un año a otro

¹⁰¹ Dado los tiempos del trabajo en terreno con los entrevistados, no fue posible pesquisar esa realidad - lo que se requiere es hacer un estudio más detallado de las actividades y las cargas de trabajo para pronunciarse al respecto.

¹⁰² Contiene el conjunto de servicios y programas del ámbito público y privado que pueden resultar pertinentes para apoyar el bienestar de los(as) AM.

consultan al profesional de SENAMA. La tendencia es más bien seguir la pauta que está establecida en esas orientaciones y que estos(as) monitores(as) evalúan positivamente.

Se hizo referencia a las visitas cada 15 días en esta etapa, en la cual no siempre es posible visitar a 35 AM con los tiempos de que disponen, sobre todo en las comunas con mayor índice de aislamiento, y con problemas de desplazamiento. Algunas comunas disponen de movilización para apoyar a los(as) monitores(as). A lo anterior deben agregarse testimonios en todos los niveles respecto de que, este tipo de sectores tienen dificultades para reclutar profesionales, por lo que se llega a acuerdos de jornadas más reducidas, lo que redundaría en dificultades para cumplir con todas estas visitas periódicas (no se puede afirmar taxativamente, pero puede ocurrir que alguna sesión registrada en el sistema no se haya realizado, escapándose a la detección de la supervisión).

Puede que lo anterior sea excepcional, ya que en general los testimonios afirman que realizan las sesiones individuales y grupales, adaptándose a la realidad de cada usuario(a). En el caso de aquellos con serias limitaciones, por ejemplo, con Alzheimer, han terminado trabajando con la familia. Este(a) usuario(a) no participa en las sesiones grupales.

También hubo referencias a la calidad de los materiales didácticos recibidos, ya que su tamaño es muy pequeño y cuesta verlo para aquellos que leen o los diplomas traen un diseño muy infantil. Este es una cuestión, naturalmente, de apreciación de quien emite el comentario, pero hay que revisar este aspecto.

Por otra parte, llama la atención que hubo comentarios señalando que debieran incluirse otros temas importantes como Emergencias – por ejemplo, incendios, terremotos, inundaciones -, sin embargo, en esta etapa existe una sesión individual que es obligatoria (con el acuerdo del AM) que se denomina “Como enfrentar situaciones de Emergencia”, y otra sesión grupal sugerida (es decir, puede o no considerarse de acuerdo a la realidad de los grupos) denominada “Preparándonos para la Emergencia”. Otro MC hace referencia a que la sesión de manejo del dinero no es necesaria, ya que la mayoría de sus usuarios(as) tienen un bagaje suficiente al respecto. Pero este tema en las orientaciones metodológicas, señala que debe haber flexibilidad y son temas sugeridos, por lo tanto, no son obligatorios. Finalmente, hay otro que plantea que no aplican la metodología, ya que realizan actividades extra programáticas como “Fonda Vínculos”¹⁰³. En rigor, la flexibilidad y la creatividad es parte de la metodología, aunque por cierto hay contenidos mínimos que tratar.

A pesar de que todos(as) los(as) MC entrevistados tenían al menos un año de experiencia, estos comentarios trasuntan falencias en el conocimiento y tratamiento de la metodología, lo que cuestiona la calidad de la evaluación que hace el EC y SENAMA. Esto lleva a abordar, en el siguiente punto, la Asistencia Técnica y la Capacitación.

¹⁰³ Es una actividad recreativa de convivencia entre los participantes del programa.

Asistencia Técnica y Capacitación

Se identifican dos tipos de capacitación: una que puede denominarse administrativa, a cargo del EGV, y otra temática, a cargo del Gestor.

La capacitación administrativa según los(as) EGV aborda aspectos administrativos ligados básicamente al uso de la plataforma que permite el seguimiento remoto del proceso de intervención e implementación del programa, los informes técnicos, proyectos y convenios, registro de las sesiones, firmas y temas similares.

Para el año 2017 se relató la experiencia de una región, en que hubo dos capacitaciones para EC y MC (usualmente no se convocan en conjunto a estos actores). La primera a comienzos de año, en que se explicó la nueva versión de Vínculos, presupuestos y planes de trabajo. Luego, en octubre se capacitó respecto a los proyectos para una nueva versión. Para este tipo de capacitaciones no se cuenta con un presupuesto específico, son los mismos EGV quienes gestionan recursos, como conseguirse salas. En general, se comparte la jornada de capacitación con el SENAMA.

En la temática a cargo de SENAMA se tratan las etapas, procesos y metodologías en la que asisten obligatoriamente todos los(as) MC, independientemente si son antiguos o nuevos. Ha habido experiencias de invitar a profesionales de otros servicios públicos para conocer la oferta para los(as) AM. Las capacitaciones no consideran instrumentos de evaluación.

Profesionales de SENAMA señalan que tienen limitaciones para prestar una adecuada Asesoría Técnica y Capacitación a los(as) MC, debido a que son equipos reducidos¹⁰⁴ con múltiples tareas a realizar, como visar planes comunales, realizar y cerrar planes de intervención, supervisar que se contraten MC cuando renuncian a su labor¹⁰⁵, entre otras materias. Señalaron que, al menos para el año 2017, se realizaron dos jornadas de capacitación en que se convocaron a los(as) MC – una de ellas en la etapa eje diagnóstico – y otra al inicio del Acompañamiento. Estas jornadas de un día suelen ser compartidas con los(as) EGV.

Cuando se producen renuncias de MC y entra alguno nuevo, se les capacita individualmente. El Gestor en las asesorías técnicas apoya en los contenidos activamente contestando consultas por correo o cuando visitan las comunas.

Desde el punto de vista de los capacitados, los(as) EC tienen una buena visión de este proceso, ya que se realiza habitualmente, se considera útil, sobre todo cuando hay

¹⁰⁴ Como referencia en el Plan de Asistencia Técnica a junio del 2017 había 5 GR en la RM para 3.788 usuarios(as) (33,8% respecto del total de usuarios(as)) y dos en la región del Maule con 763 usuarios(as) (6,8%).

¹⁰⁵ En una región habían renunciado 5 MC entre los meses de febrero a junio.

cambios en las versiones de los programas. Este actor recibe básicamente apoyo en los temas administrativos de parte de los(as) EGV sobre cómo utilizar los sistemas y llevar los registros. Cada región prepara sus propias capacitaciones de acuerdo a sus necesidades, las que en general fueron bien valoradas. Lamentan eso sí, que no se les incluya en las capacitaciones que da SENAMA – cabe señalar que las orientaciones solo se refieren a los(as) MC -, lo consideran relevante porque ellos apoyan directamente a los(as) monitores(as).

Los(as) MC explican que en la capacitación y asistencia técnica aprenden la aplicación de la metodología y trabajan con el manual, que tiene cada versión del programa. Es claro que las capacitaciones presenciales en que se convoca a los(as) monitores(as) son muy importantes, pero son insuficientes en su actual ejecución. En efecto, según los testimonios, hubo hasta 3 capacitaciones anuales compartidas entre SENAMA y MDS, y las que comprenden específicamente el APS, son como máximo dos. Es decir, en términos de horas totales de capacitación, estos giran en torno a las 10 horas. Los testimonios de los(as) MC, sobre todo cuando vienen de comunas alejadas de la capital regional, es que en eventos con numerosos participantes (20 a 30), no se profundizan los temas, en que los administrativos tienen una gran relevancia. Los(as) MC concuerdan que en el pasado los temas de gerontología tenían cierta prioridad, cuestión que, a juicio de ellos, se ha perdido en las últimas versiones. Por otra parte, los que tienen menos experiencias plantean que en estos eventos debieran revisarse en detalle los cuadernillos, porque las dudas aparecen cuando los están trabajando con los(as) usuarios(as).

Es interesante recoger las recomendaciones que hacen los(as) MC sobre temáticas de capacitación. Se hacen proposiciones de profundizar más los contenidos que reiterar lo que comprende cada etapa, no aportando nada nuevo a los que tienen experiencia. Otra propuesta es que debieran recibir una acreditación de las capacitaciones realizadas. De esta observación, se puede agregar que, para certificarlas, debiera considerarse un plan curricular mínimo y que pudiera aplicarse no necesariamente en un año y hubiera una evaluación para aprobarlo.

De lo señalado en los testimonios, es claro que las capacitaciones estructuradas en jornadas con temas sistemáticamente tratados aparecen como insuficientes. No se encontraron evidencias de capacitaciones con un currículo mínimo a abordar, con una secuencia establecida y con horas de capacitación que cada MC debiera cumplir.

Cabe señalar que también aparecen otras instancias de capacitación. Por ejemplo, en una región, cada Gestor se reunió con los(as) MC a su cargo para abordar demandas específicas de estos últimos. También está la auto capacitación, que básicamente es asumida por los(as) EC que llevan tiempo en el programa o por los(as) MC con más experiencia. Las mesas comunales en que se reúnen periódicamente para hacer seguimiento del programa, se dieron testimonios en que ha habido momentos para intercambiar buenas prácticas, aunque al mismo tiempo se reconoce que su sistematización queda en actas que no se suben al sistema y no son difundidas.

Entonces, se tiene una asistencia técnica de los Gestores a distancia y poco sistematizada, lo que en ningún caso, suple las capacitaciones más formalizadas y que esto es un proceso bastante crucial y se debiera abordar en un plan más estructurado de capacitación.

Fortalecimiento de la Implementación

Esta etapa corresponde a la ejecución del segundo año, que tiene 7 sesiones individuales y 7 grupales durante los 11 meses. Proporcionalmente son menos reuniones que en el primer año, puesto que se va preparando el retiro de los(as) monitores(as) y se van dando los pasos para que los(as) AM puedan continuar solos(as).

Se reitera una observación de los(as) MC señalada en las etapas anteriores, sobre que la información a registrar en los cuadernillos es repetitiva y engorrosa de transcribir para subirlas al SIGEC. Además, hubo testimonios negativos de la reiteración de temas durante el desarrollo del componente.

Aquí es conveniente referirse a la opinión de los usuarios(as), aunque ellos no distinguen claramente los distintos hitos o etapas en que está dividido el programa. Un elemento que aparece claramente es que los usuarios(as) consideran muy valioso el acompañamiento individual de los(as) monitores(as), porque sienten que son personas que los escuchan y los apoyan. Se dieron testimonios de casos en que los ayudaron a sortear problemas que tenían con sus parejas.

Los entrevistados están conscientes que se va acercando el momento que va terminar el programa y no volverán a ver al monitor(a) y esto les produce angustia. No es posible señalar si este proceso desapego, que debiera trabajar el(la) monitor(a) para lograr la autonomía de los(as) AM, ha sido exitoso. No se detectaron evidencias al respecto. De todas maneras, este es un punto importante del resultado a alcanzar y, es aquí donde debiera reforzarse este trabajo de desapego emocional, en que también está involucrado el profesional. Un par de testimonios de recomendaciones de los(as) MC es que, en las capacitaciones, se vuelva a trabajar el autocuidado del propio profesional que los ayude a enfrentar algún fallecimiento de usuarios(as) o bien prepararlos para el proceso de desapego por la finalización de la intervención.

Cuando se les pregunta a los(as) usuarios(as) por temáticas que les interesaron, no dijeron muchas. Se hizo referencia a la prevención de “riesgos”, en que se le entregaron folletos, otra hizo mención a las relaciones familiares y temas de sexualidad.

Los(as) AM valoraron y calificaron como entretenidos los encuentros grupales que les permitió ampliar o reforzar amistades. Algunas recordaron que hicieron gimnasia, jugaron, conversaron de muchos temas o participaron en dinámicas donde iban aportando hojas para construir un árbol entre todos.

De todos modos, estos son testimonios de AM participativos; sin embargo, los mismos MC señalan que no todos pueden participar, ya sea por situaciones de dependencia y postración que tienen los(as) usuarios. A esto debe agregarse que, en los sectores más aislados, se dan dificultades para acceder a los lugares de reunión.

Una sesión grupal con temática prioritaria que se denomina “Malón de Integración” fue recordada por los(as) usuarios(as). Aquí los que llevan un año, reciben a los nuevos que vienen ingresando. Hubo mención de los(as) AM cuando fueron recibidos por los antiguos, como cuando ellos hicieron lo mismo con los recién llegados. Recuerdan con detalle los collares que les dieron como regalos a los nuevos, mencionan la presencia del alcalde y los concejales. Se hace referencia a este punto, porque sin duda es una actividad motivadora e incluso se hizo el alcance de que se sienten identificados como grupo Vínculo y han pensado seguir juntándose cuando el programa termine. No se está en condiciones de plantear que tan representativa es esta opinión; pero es una evidencia interesante sobre uno de los resultados que espera el programa.

1.3 Cierre Componente¹⁰⁶:

Valoración; y Cierre del Acompañamiento

La etapa de Valoración que ocurre al término del primer año en una sesión individual y grupal, tiene el carácter de una evaluación intermedia que permita detectar los logros y aprendizajes en los(as) usuarios(as). Además, se espera fortalecer o corregir falencias detectadas que permitan una satisfactoria ejecución del Plan de Desarrollo.

Cabe consignar que, al menos en la sesión grupal, debieran participar el(la) EGV y GR. Se constató que, en algunos casos, no siempre participan todos los involucrados en la sesión grupal. Los(as) MC consideran que estas sesiones son útiles, porque les permite tener una mayor claridad de cómo está marchando el proceso. Una de las críticas que manifestaron es que deben completar el cuadernillo de aquellos(as) AM que no participaron en la valoración grupal, por lo tanto, deben visitarlos para completar una información grupal que debió hacerse de forma individual. Un elemento que se manifestó es que deben subir al sistema por cada usuario, los resultados de la actividad grupal, lo que obviamente hace engorroso el procedimiento.

La evaluación de cierre también se divide en una sesión individual y otra grupal. Esta etapa espera reconocer los resultados alcanzados en el Plan de Desarrollo, especialmente respecto de la autonomía y vinculación con redes. Esta evaluación, en alguna medida, involucra la percepción que tiene el (la) AM de todo el proceso realizado y la sustentabilidad de los logros alcanzados. En la evaluación grupal lo usual es que asista el

¹⁰⁶ En el punto Seguimiento y Evaluación de la información para la Gestión, se evalúan estos procesos de cierre vinculado con la gestión.

EGV y el Gestor, en algunos casos señalaron que ellos no pueden asistir a todas las sesiones de cierre, por lo que la revisión se hace documentalmente y se revisa que está levantada en el Sistema. En otros casos, el(la) EC declaró que ellos(as) también participan en algunas de dichas sesiones. Hacia el final de las reuniones grupales aparecen las autoridades locales, como una forma de oficializar el cierre.

El principal comentario que se tiene sobre este cierre es que lo hace el mismo MC, lo que le resta objetividad a la evaluación. Los MC entrevistados manifestaron que independientemente del desempeño, los(as) usuarios(as) tenderán a evaluar positivamente su desempeño y los logros alcanzados. De hecho, en las propias entrevistas de usuarios(as) que se hicieron en el marco de esta evaluación, todos se declararon muy satisfechos de lo recibido. Lo anterior puede ser cierto, pero lo que se requiere es tener una evaluación más fina para hacer las correcciones y medir los resultados alcanzados.

6.3.3. Acompañamiento Socio laboral (ASL)

Participación de los Actores

Las funciones de los tres estamentos están claramente delimitadas, a saber:

MDS, a través del ER y los EGV, está a cargo de que la operación del Componente se realice desde la revisión de los listados de beneficiarios(as) de acuerdo a la prelación de puntajes, participar en la selección de los(as) MC, junto a SENAMA y el (la) EC, en el entendido que este último(a), tiene la responsabilidad final de la contratación. MDS y SENAMA señalan que, a veces, no están totalmente de acuerdo con lo seleccionado por el municipio, pero se aseguran que tenga el perfil mínimo establecido por el programa. Además, a través de los EGV, hacen el seguimiento que se cumplan las etapas del componente, haciendo una revisión documental, verificando que la información esté levantada en el sistema y que, en general, se cumplan los plazos. También, los(as) EGV capacitan a los(as) EC y MC en los aspectos administrativos y del uso de los sistemas.

SENAMA, a través del GESTOR, otorga la capacitación a los(as) MC, en jornadas formales y realiza la Asistencia Técnica en terreno. Valida los diagnósticos y los procesos de valoración y cierre. A su vez, levanta Informes de Avance y Final del respectivo programa anual que se presenta ante MDS como parte del convenio entre ambas entidades, tanto en el 1º año como en el segundo año.

A nivel comunal están los(as) EC que son los(as) responsables de la operación y ejecución del programa a nivel comunal. Los(as) MC son los(as) profesionales que realizan el programa en terreno, seleccionando a los(as) usuarios(as) de acuerdo a la lista de prelación levantada en la fase de diagnóstico, realizan las sesiones individuales y grupales, llenan los cuadernillos de registro de las sesiones con los(as) AM y obtienen los productos

específicos, como los diagnósticos, planes, ejecución de planes y levantar la evaluación del programa junto con los(as) usuarios(as).

No se identificaron funciones que se confundieran entre los distintos estamentos o que faltaran.

Actividades Relevantes y/o Críticas

Del ASL se levantaron los siguientes hitos:

- 1.1 Selección de beneficiarios(as): instrumento para selección de AM; Aplicación de instrumento de selección; Validar Nomina de Selección.
- 1.2 Acompañamiento Socio laboral: Construcción Plan Ocupacional.
- 1.3 Ejecución Plan Ocupacional.
- 1.4 Cierre Componente: Valoración y Cierre del Acompañamiento.

1.1.- Selección de beneficiarios(as)

Del uso de la Planilla de Priorización que surge del estado de los indicadores de las condiciones de la dimensión ocupacional (de los 15 indicadores solo hay uno que no se utiliza) y de Autonomía (9 indicadores), se genera una orden de prelación sobre la base de la puntuación de cada AM. La lógica es que un(a) AM que tenga menos indicadores cumplidos, por lo tanto, están en estado “a trabajar”, es un candidato(a) que tiene mayores posibilidades a integrarse a este componente, ya que solo existe cupos para el 50% del total de beneficiarios(as) del APS. De aquí surge un listado de usuarios(as) que, entre más precario es el cumplimiento de los indicadores de las dimensiones citadas, tiene la prioridad para consultarle si quiere recibir el ASL y firmar el Plan de Intervención. Excepcionalmente, la mesa comunal puede integrar a alguna persona que la puntuación lo dejó fuera de los(as) usuarios(as) prioritarios(as), cuando el (la) MC presenta el caso señalando, por ejemplo, que el postulante tiene un proyecto laboral viable y que se considera interesante apoyar.

Los testimonios de los(as) MC es que si bien conceptualmente tiene sentido apoyar a aquellas personas que obtienen una baja puntuación en la dimensión ocupacional y autonomía, en la práctica por sus propias limitaciones o poco interés en participar desaprovechan este servicio, perdiéndose la posibilidad a que otras personas le puedan sacar mejor partido¹⁰⁷. Se podría sortear esta dificultad, estableciendo un protocolo¹⁰⁸ – conteniendo, por ejemplo, niveles de dependencia, salud mental, movilidad - que pudiera llenar el (la) MC y visado por el(la) EC y/o Gestor, en que se pudiera ampliar las situaciones

¹⁰⁷ Una vez aceptadas ya no pueden ser reemplazadas

¹⁰⁸ Similar al que se podría usar cuando se va llenando la lista de beneficiarios(as) a partir de la lista de prelación que se explicó en el diagnóstico eje.

de excepcionalidad para que un(a) AM que por su condición proyecte un desempeño más bien precario y, en tal condición, pudiera no ser considerado, a pesar, de obtener el puntaje requerido. Eso da la posibilidad que la lista corra para que ingresen otros(as) usuarios(as) que estén en mejores condiciones de recibir este acompañamiento.

Adicionalmente, si se sigue con la lógica de seleccionar a los(as) AM para este componente – más adelante se propondrá que no haya selección –, se podría flexibilizar el porcentaje de usuarios(as) a atender de acuerdo a la situación de cada grupo. De este modo, ampliar los márgenes extremos entre el 40% y 60% de los usuarios(as) de APS para ingresar al ASL. Esto se plantea, porque los(as) MC señalaron situaciones en que, por una parte, no había mucho interés por recibir este servicio y, por otra, también se dieron situaciones que hubo más interés de los participantes en recibir el servicio, excediendo el 50% de los cupos.

Por último, cabe hacer notar la situación de un MC que consideraba que un AM requería a su juicio recibir este servicio y además tenía interés en participar, pero su puntuación estaba sobre el corte para ser admitido, sin embargo, no lo presentó porque desconocía que existía tal posibilidad¹⁰⁹. Aquí se constata de nuevo que existe el desconocimiento de la información por parte de estos profesionales, por lo que el reforzamiento de la capacitación se hace necesario.

1.2.- Acompañamiento Socio laboral para la construcción del Plan Ocupacional.

Se compone de 8 sesiones durante el primer año de intervención, de las cuales 5 son sesiones individuales y 3 son sesiones grupales. La diferencia con el APS es que tiene una secuencia preestablecida menos flexible de las sesiones individuales y grupales a realizar.

La etapa culmina con el Plan Ocupacional elaborado, que puede contener varios proyectos ocupacionales. Un instrumento relevante es tener actualizado por parte del(la) MC, el mapa de oportunidades que se vincula con la oferta programática y es importante para la elaboración apropiada (identificando barreras, oportunidades y apoyos) y ejecución exitosa (cumplimiento de los compromisos) de este Plan.

Los comentarios de los(as) MC de este Acompañamiento señalan que el concepto de socio laboral confunde a los(as) usuarios(as), porque se piensa que está relacionado con la obtención de trabajo. Otros(as) MC tienen un alegato contra este componente, porque señalan que el trabajo no es una posibilidad real para la gran mayoría de los(as) AM. Lo que resalta entonces, es que, todos los actores locales incluyendo los(as) MC, tienden a insistir en lo laboral, a pesar de que los documentos Orientaciones Metodológicas y

¹⁰⁹ Está establecido que, excepcionalmente, un(a) beneficiario(a) que teniendo un puntaje que no califique para ser seleccionado, pueda ser presentado por el(la)MC ante la mesa comunal y ser aceptado, siempre que haya cupo dentro del 50% de usuarios(as) del ASL.

Cartillas se refieren al enfoque ocupacional. Puede producirse esta confusión en los profesionales, debido a que este concepto de socio laboral entendido como acceso al trabajo, aparece en el Subsistema de Seguridad y Oportunidades.

Los(as) Encargados Regionales del MDS y los(as) EGV refrendaron lo anterior, señalando que no muchos(as) MC entienden cabalmente el ámbito ocupacional y lo confunden con lo laboral. Esto se pudo ratificar cuando MC comentaron que lo que aparece en las Orientaciones sobre ASL, son “enredadas”. También hubo referencias a que no se entendía, por qué estaban separadas las sesiones sobre lo ocupacional de las sesiones del APS. Incluso, un caso señaló que en las reuniones grupales de ASL se invitaba a usuarios(as) que no estaban en el componente, porque ellos consideraron que lo necesitaban.

Desde el punto de vista de estos consultores, debiera considerarse como uno solo el APS y ASL, sobre todo que este último, surge de las dimensiones Ocupacional y Autonomía que son muy relevantes para el programa, en la medida que, como se señaló cuando se analizaron los indicadores, están conectadas con los resultados que se espera obtener en los(as) usuarios(as)¹¹⁰. Por eso, no se justifica que solo algunos(as) usuarios(as) traten estas temáticas. De este modo, el socio ocupacional debiera tratarse dentro del APS, como un tema especializado y que pudiera, eventualmente, separar a los profesionales dedicados al psicosocial del socio ocupacional (Un Encargado Regional del MDS, planteó que el ideal sería tener Terapeutas Ocupacionales apoyando este Acompañamiento). Si lo entrega una misma persona, en la capacitación y asistencia técnica, debiera ser una unidad específica a tratar con los(as) MC. El Plan de Desarrollo debiera contemplar obligatoriamente también un proyecto Socio-ocupacional. Lo anterior, no debiera tener efectos presupuestarios, porque se adaptarían el número de sesiones totales actuales del ASL, distribuidas entre todos los(as) AM de acuerdo a las necesidades de cada cual, considerando un número mínimo de sesiones individuales por usuario(a)

1.3.- Ejecución Plan Ocupacional

La ejecución que ocurre durante el segundo año, continúa con la idea de fortalecer la rutina del(la) AM y el ejercicio de las actividades significativas identificadas en su plan ocupacional. En su desarrollo, el (la) MC ayuda al usuario a superar las barreras que efectivamente interfieren, activar o ampliar los apoyos u oportunidades identificadas en el primer año, para obtener los logros estipulados en el plan.

¹¹⁰ Por ejemplo, indicadores de resultados en la dimensión Ocupacional están los siguientes y que debieran mantenerse en una selección de indicadores prioritarios: “El AM, si así lo desea, puede salir de su domicilio para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, ir de compras o de paseo con otras personas o asistir a una organización de su interés” y “El AM desarrolla ocupaciones significativas de forma regular, a partir de sus intereses e inquietudes”. En la dimensión Autonomía se pueden destacar los indicadores “El Adulto Mayor decide y planifica libremente las actividades que hacer durante el día” y “El AM, si así lo desea, participa en reuniones para tratar temas del barrio (en la Junta de Vecinos, Municipalidad, en el pasaje, etc.)”

En los relatos, tanto de los (las) MC como de los(as) usuarios(as), se hace referencia a proyectos vinculados con manualidades como huertos, jardín, tejido, pintura, etc. También se mencionó el caso de una usuaria con esquizofrenia donde la opción ocupacional fue ponerse metas, como hacer el aseo de ciertos lugares de la casa. Un usuario relató que su proyecto era la instalación de un invernadero en que estaba trabajando junto con su pareja. También se mencionó un taller de tapicería, de telares y otros similares.

Al pesquisar la variedad de iniciativas para usuarios(as) de diferente potencial que está dentro de la lógica del componente, refuerza la idea de que todos los(as) AM deberían tener acceso a esta experiencia y que apunta, en definitiva, al resultado del programa.

1.4 Cierre Componente: Valoración y Cierre del Acompañamiento.

Al término del primer año está lo que se denomina valoración, que corresponde a una evaluación intermedia del avance de los proyectos ocupacionales. Este lo dirige el (la) MC en una sesión individual y otra grupal, los que son registrados en el cuadernillo ASL y subido al sistema.

A su vez, el cierre del Acompañamiento lo dirige el(la) MC en una sesión individual y otra grupal. En estas instancias se espera hacer una revisión de lo acontecido durante los 20 meses, y reconocer los avances alcanzados en el(la) AM y su integración alcanzada con la red comunitaria e institucional del territorio.

Sobre estos procesos de cierre, se reitera lo que se dijo en el APS, en cuanto a que la evaluación, especialmente de cierre, no debiera estar a cargo del(la) MC, por el obvio sesgo que produce esta situación. Más adelante, en el punto seguimiento y evaluación, se ahondarán estos temas.

6.3.4. Transferencia Monetaria

Participación de los Actores

El Encargado Nacional del programa tiene la tarea de apoyar y supervisar la activación de las Transferencias Monetarias (TTMM) que correspondan a los(as) AM que participan del programa, en particular, del APS. El ER de la SEREMI del MDS tiene un rol de facilitador para una correcta implementación del programa, no encontrándose especificidades respecto de las TTMM.

El(la) MC tiene un rol más central en el desarrollo de este componente, que es coherente con lo que aparece tanto en las orientaciones metodológicas como en los cuadernillos de acompañamiento. Los(as) MC tienen muy claro que entre su tarea de visitas individuales y

grupales, deben corroborar que estos recursos les estén llegando. Cuando esto no ocurre, tienen una ruta claramente establecida de informar a la Seremia con copia a los Gestores sobre la situación detectada.

El(la) EC, en su tarea de responsable de que se implemente correctamente el programa, supervisa y apoya a los MC y manifiestan estar atentos a que dichos bonos estén llegando a los(as) usuarios(as).

Respecto del EGV la norma técnica sanciona funciones específicas para este rol, con responsabilidades directas relacionadas a solicitudes planteadas al nivel central de activación de TTMM y seguimiento de dichas transferencias

Aunque el Gestor SENAMA no tiene establecida una responsabilidad específica en este componente, se constató que también tienen una preocupación de que la labor de los MC cumpla con el seguimiento de que los usuarios(as) lo están recibiendo. Se señaló que sí colabora en la resolución de casos de no pago de bonos, levantados estos no pagos a los(as) usuarios(as) en las mesas técnicas.

La evaluación final de este componente ponderado por los roles del programa, y dada la casuística constatada en terreno, es que el trámite de las TTMM fluyen según el procedimiento establecido y que cada evento que obstaculiza el acceso al beneficio por parte de los(as) AM, es objeto de detección, administración y resolución usando para ello, los distintos niveles involucrados.

Actividades Relevantes y/o Críticas

Se han identificado las siguientes actividades:

1. Activación del bono
2. Seguimiento de su recepción

1 Activación del bono

Como se ha dicho en los componentes anteriores, con la firma de la Aceptación y Plan de Intervención que se sube a la plataforma SIIEF, se debe activar las transferencias monetarias¹¹¹ en beneficio del AM.

La existencia del bono tiene para la mayoría de los(as) usuarios(as) un efecto motivador para firmar la documentación de aceptación en participar. En algunos casos, tanto los(as) AM como los(as) MC señalaron que había un cierto escepticismo en ellos(as) de que

¹¹¹ Esto último señalado *ex profeso* en el Convenio de Transferencias de Recursos entre Seremi MDS y Municipio

efectivamente recibirían este subsidio, aun así firmaron los documentos. Se señaló que los primeros pagos se reciben, entre 2 a 3 meses después de subida la información al sistema. Estos tiempos dependen fundamentalmente del Instituto de Previsión Social (IPS).

Las evidencias en terreno indican que estos procedimientos están bastantes estandarizados y los(as) EGV que lo solicitan a nivel central, manifiestan que estos deben activarse automáticamente.

2 Seguimiento de su recepción

El seguimiento de que las transferencias le lleguen a los(as) AM participantes del programa es una preocupación y responsabilidad directa de los(as) EC y, sobre todo, de los(as) MC. Deben realizar el monitoreo que las TTMM les sean cancelados conforme a los procedimientos regulares y resolver los eventos que afecten este derecho.

Operativamente, este seguimiento se aborda con el uso del Cuadernillo para el APS, el cual es utilizado por los(as) MC desarrollando ejercicios y donde existe un apartado específico para su monitoreo.

En el segundo año del APS también se utiliza el Cuadernillo para el APS como elemento de control y/o seguimiento, pero además, se controla a través de los hitos de seguimiento, donde el formato exige responder si el(la) AM está accediendo a los bonos de protección y aporte familiar permanente.

Entre las actividades de apoyo que los(as) MC reportaron en las entrevistas están:

- Acompañar al AM a realizar los trámites para abrir una cuenta y el cobro del beneficio en una entidad bancaria.
- Acudir al IPS para chequear y sondear el registro de los antecedentes del AM.
- Acudir con el(la) AM o bien recomendar que retiren TTMM en “cajas vecinas”.
- Resolver problema de AM postrados para el cobro de las TTMM.
- Resolver no pago de TTMM debido a errores en digitación, errores en RUT o errores de inclusión en otro programa.
- Levantar los problemas en mesas técnicas y mesas comunales.

Entre las dificultades que mencionaron los(as) MC de las TTMM en la última versión del programa, está la decisión de utilizar tarjetas bancarias para proceder al cobro del beneficio. Se constató que esta decisión no representó un problema para todos los(as) AM, ya que los que habitan en ciudades o próximas a ellas, tienen mayor acceso a servicios financieros (cajeros automáticos, trámites bancarios, etc.). Sin embargo, los(as) AM de comunas con mayor índice de aislamiento, tuvieron dificultades para utilizar este sistema. Especialmente los actores comunales, manifestaron que fue un error el procedimiento impersonal utilizado para comunicar la medida (a través de carta a

domicilio pidiendo acudir a retirar sus tarjetas), la falta de orientación metodológica, la ausencia de instrucción a los equipos comunales y la falta de compromiso del Banco Estado para ofrecer algún tipo de preferencia para los(as) AM.

Por otro lado, los(as) usuarios(as) manifestaron su agradecimiento por el bono recibido, aunque lamentaron su bajo monto y que descendiera en el tiempo. El enfoque de los actores comunales frente a estos comentarios, es señalarles que se trata de un ingreso no permanente y, que les podría servir para realizar alguna pequeña inversión. De hecho, un AM señaló que le sirvió para un tratamiento dental.

Puede decirse que los flujos de la mayor parte de este proceso no están radicados fundamentalmente en el MDS, sino en el IPS. Lo que atañe a su ejecución en las comunas, se detectaron ciertos contra tiempos en comunas más aisladas para acceder a los bonos.

6.3.5. Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales.

Participación de los Actores

El Encargado Nacional del programa no tiene funciones específicas en relación a este componente. Eventualmente puede formular propuestas de proyectos complementarios y servicios/prestaciones sociales destinados a las personas mayores y supervisar la correcta gestión de los servicios y prestaciones sociales a nivel nacional. SENAMA en el Plan Nacional de Asistencia Técnica tiene un objetivo de “Apoyar la gestión nacional y regional que favorezca el acceso a los(as) usuarios(as) de la oferta del Sistema Intersectorial de Protección Social”¹¹².

A nivel regional, para el caso del rol de ER en la Seremi MDS, se constató que tienen acciones relacionadas con la generación de instancias de coordinación con instituciones que apoyen la gestión local de oferta, que es coherente con lo que aparece en las normas técnicas. Para el caso del EGV, señalan que supervisan y apoyan las coordinaciones ligadas al apoyo de este componente.

A nivel local es donde se verificaron tareas más específicas para coordinar y detectar la oferta para responder a las demandas de los(as) AM. El (la) EC asume cierto protagonismo por contactos e información para resolver demandas de los(as) AM. En la última versión del programa se sanciona esta relevancia del EC, cuando en las orientaciones técnicas se especifica que deben convocar al menos, 6 comités de coordinación intersectorial local, 3 de ellos en los primeros 12 meses de implementación y los otros 3 en el segundo año, con el fin de realizar análisis de casos y conformación de oferta complementaria para que las

¹¹² SENAMA. Instrumento de Registro Plan de Asistencia Técnica Nacional. Programa Vínculos 10° y 11 Versión. 2017 junio.

personas mayores puedan acceder a prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades. Los(as) EC tienen plenamente asumida esta tarea como parte de sus responsabilidades.

Los(as) MC, como se vio en el APS, levantan el mapa de oportunidades y tienen los contactos de ambas partes, es decir, la demanda de los(as) AM y los servicios que pudieran resolver el problema. Ellos tienen, en la práctica, mayor responsabilidad en la entrega de este componente, partiendo por su asistencia a las mesas técnicas comunales y, a veces, en las regionales, además de otras reuniones bilaterales con entidades sectoriales comunales o provinciales. El mismo levantamiento del plan de intervención consigna el acceso a la red de protección y promoción social y fortalecimiento de las redes sociales cercanas e institucionales. Así mismo, se conectan con las redes comunitarias existentes en el entorno de la persona mayor, contactando al usuario con aquellas organizaciones de interés y consignada en el mapa de oportunidades.

La distribución de funciones en relación a este componente, opera más bien con la lógica de “lo que abunda, no daña”, es decir, que todos pueden colaborar en construir esta oferta. Sin embargo, como se verá más abajo los puntos críticos, las falencias están en que se notan limitaciones del programa para establecer convenios formales para que sus beneficiarios(as) sean priorizados para recibir los servicios que requieran. SENAMA pudiera liderar este proceso, pero su rol está más bien concentrado en la Asistencia Técnica y Capacitación, no teniendo por el momento, un rol protagónico. Se detectó que el (la) MC juega un rol crucial para obtener estas prestaciones sociales para los(as) AM, tiene la restricción que si no están formalizadas a nivel nacional, los resultados que obtienen los(as) MC están limitados por las posibilidades que tienen a nivel local en que, las que tienen mayores limitaciones, son las comunas más aisladas.

Actividades Relevantes y/o Críticas

Se han identificado las siguientes actividades:

1. Levantamiento de mapa de oportunidades.
2. Plan de intervención y Plan ocupacional y relación con la oferta.
3. Mesas técnicas comunales, regionales y Comité Intersectorial.

Levantamiento de mapas de oportunidades

Se trató en el APS el mapa de oportunidades, y la importancia que tiene este instrumento para levantar tanto el plan de intervención como el plan ocupacional. En este sentido, en cada dimensión del bienestar en la versión 2018, se sugiere levantar las ofertas de prestadores sociales respectivos, en la que se menciona recurrentemente el municipio. Así en Ocupación aparte del municipio están SERCOTEC y SENCE; en Ingresos Ministerio del Trabajo; en Salud MINSAL y SENAMA; en Autonomía ONGs y; en Vivienda y Entorno el MINVU.

Los testimonios recogidos sobre la eficacia del mapa de oportunidades para conectar a los(as) AM con la oferta es baja para cumplir con las expectativas de los(as) AM. Se señaló en las SEREMIAS del MDS que la oferta del estado para los grupos vulnerables del subsistema de Seguridad y Oportunidades es escasa. La(as) usuarios(as) de Vínculos no poseen cupos de prestaciones aseguradas en los servicios del SS y OO , de ahí que se produzca una competencia indeseada con los otros programas del Subsistema - el programa Camino, Calle, y especialmente Familia - con quien los(as) AM tienen pocas posibilidades de competir. A todo nivel, se señaló que la oferta para AM cuesta concretarla, ya que muchos beneficios no consideran a los(as) AM.

MC que llevan varios años señalan que anteriormente “Vínculos” tenía cupos exclusivos para el “Programa Habitabilidad”, lo que se traducía en que se les daba cama equipada, cocina, estufa y todo aquello que mejorara sus condiciones. La limitación actual es que existe habitabilidad para todo el subsistema y, en ese sentido, el programa Familia aparece en la práctica más priorizada, restringiendo las posibilidades acceso de los(as) AM.

El ideal, de acuerdo a los testimonios regionales del MDS y SENAMA, es que las ofertas para estos usuarios(as) estuvieran formalizadas en convenios nacionales. Debe reconocerse que las políticas de apoyo hacia los(as) AM son todavía limitadas, no existiendo un sistema integrado de apoyo al AM. Han surgido iniciativas en el último tiempo para enfrentar el tema¹¹³, pero sus resultados son más bien de mediano plazo.

Plan de intervención y Plan ocupacional y relación con la oferta

La confección del mapa de oportunidades ayuda a completar el Plan de intervención, específicamente las columnas del Plan de Trabajo respecto a la pregunta ¿Con qué contamos? Varios MC insistieron que es un instrumento que ellos elaboran y actualizan, considerándolo muy útil y los Trabajadores Sociales plantean que, por formación profesional, siempre lo tienen presente. Se dieron varios ejemplos de su utilidad como cuando no se ha saneado el título de propiedad, tienen registrado el convenio que de Bienes Nacionales con el SERVIU y la persona encargada en la región. Otro caso, es en el área de Salud en que tienen identificado lo que entrega el Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM) y las atenciones que brinda el Centro de Salud Familiar (CESFAM). Son elementos que consideran importantes, porque permiten orientar a los(as) usuarios(as) que piensan que no son escuchados. Se dejó constancia que el mapa de oportunidades es revisado por el(la) EC y también por la Asistencia Técnica de SENAMA.

¹¹³ Una iniciativa gubernamental reciente es la creación del “Consejo ciudadano de personas mayores” que apunta a plantear iniciativas para mejorar la calidad de vida de los(as) AM.

A pesar que los convenios nacionales para apoyar a los(as) beneficiarios(as) del programa son limitados, se constató que los ER del MDS tienen iniciativas en coordinarse con otros sectores, como vivienda, cuando eventualmente un(a) AM cumple el perfil para mejorar su habitabilidad. Se señalan que las iniciativas regionales son importantes, pero se insistió que tendrían más fuerzas si hubiera acuerdos nacionales para destinar cupos al programa Vínculos.

Por otra parte, hay ciertas ofertas a la que los(as) AM no pueden postular, como por ejemplo, las capacitaciones SENCE que tienen un tope de edad hasta los 65 años¹¹⁴. Hay otras que, a pesar de estar disponible, no operan en la práctica por los tiempos de espera, como ocurre con la atención dental.

El (la) MC tiene un rol preponderante para entablar contactos y tener iniciativas para postular a un AM a alguna prestación, se conoció el relato de una postulación a un beneficiario a un programa FOSIS “Capital Semilla”. De todos modos, estas ofertas están restringidas a las disponibilidades locales para atender las demandas. En comunas más cerca de las cabeceras regionales, por ejemplo, la comuna de Talca o Talagante tienen mayores posibilidades debido a un entorno que ofrece más alternativas para postular a los servicios, así como son favorecidos porque las mismas entidades edilicias cuentan con más recursos.

Los servicios que han recibido los(as) AM son muy valorados, así comentaron haber accedido a lentes o atenciones para tratar diferentes patologías o haber logrado salir con apoyo del municipio a la playa, otros en el ASL comentaron haber recibido recursos para levantar un invernadero. Se mencionó también la posibilidad de la renovación de su carnet o, haber recibido el subsidio de agua potable, etc.

Mesas técnicas comunales, regionales y Comité Intersectorial.

Las mesas técnicas regionales y mesas comunales en que participan obligatoriamente las tres instancias involucradas en el programa, en que en lo regional se ven situaciones más estratégicas y, en lo comunal, aspectos más operativos de la marcha del programa, se señaló que también son instancias en que se analizan las ofertas para AM, pero tiene las limitaciones que el programa no tiene por sí mismo muchas ofertas. De todos modos, estas mesas tienen importancia como un instrumento de seguimiento de los compromisos o establecimientos de activación de redes regionales y locales, para dar cobertura a las prestaciones sociales específicas que se hayan detectado.

En el último año, se estableció normativamente la iniciativa de los comités intersectoriales en que está a cargo de los(as) EC. La evaluación que se hace de esta instancia, por parte de los(as) EGV, es que existen municipios que han tenido bastante poder de convocatoria y

¹¹⁴ Por ejemplo, **Capacitación en oficios** es entre los 18 y 65 años; **Bono Trabajo Mujer** es hasta los 59 años.

en la que han participado distintas instancias, por ejemplo, CESFAM, Carabineros y Bomberos. En este último caso, por ejemplo, las iniciativas que esta entidad apoya son los temas de “Emergencia” participando en las sesiones grupales del APS. Todo esto ayuda, como dicen los(as) MC, para establecer redes de apoyo. Otros municipios, en cambio, no han sido exitosos en lograr esta convocatoria y que más bien participan por cumplir con la exigencia.

Se dan situaciones más estructurales en las comunas aisladas, en que los participantes en estos comités tienen pocos servicios que ofrecer, destacándose un sector complejo como es el área de la salud, donde las atenciones son pocas y los tiempos de espera son largos. En este sentido, los(as) MC señalan que una intervención exitosa de ellos es lograr la derivación a un servicio, pero que esto no necesariamente se concreta en la solución de la demanda, porque esto no depende de ellos y las interconsultas pueden demorar años.

Este es un componente débil de cumplir por parte del programa, al no existir una oferta integrada de apoyo a los AM y tampoco tiene un mayor control o injerencia en las ofertas¹¹⁵. Aquí funcionarían acuerdos más institucionalizados del programa con las entidades respectivas, como por ejemplo, en salud en que los(as) usuarios(as) Vínculos tuvieran prioridad en la atención de fonoaudiólogo u oftalmólogo. En este sentido, varios MC señalaron que en la oferta de servicios se sienten gestionando más bien solitariamente.

6.4. Seguimiento y generación de Información para la Gestión

En este apartado se exponen los elementos con que el Programa Vínculos cuenta para la generación de información para la gestión y retroalimentación metodológica del diseño y ejecución de la intervención. Al respecto, cabe mencionar que la relevancia de este proceso es que los datos e indicadores que puedan emanar desde el monitoreo y, eventuales evaluaciones en su etapa de ejecución, es lo que permitirá adoptar modificaciones o mejoras que alcancen, en un mayor grado, los objetivos y metas que el Programa Vínculos se plantea como propios.

Por otra parte, tomar decisiones requiere, preferentemente, de expresiones cuantitativas del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso.

Dicho lo anterior, y respecto al seguimiento y generación de información, se revisará aquí los planteamientos que guían dicha acción, así como también, en algunos casos, el cómo

¹¹⁵ El programa, por otra parte, no declara que deba existir una oferta mínima al alcanzar con los(as) usuarios, lo que es comprensible dada la poca y dispersa oferta de servicios destinados a los(as) AM que tiene el país.

son percibidos en la práctica por los actores que participan del proceso de generación de los productos que entrega el Programa Vínculos.

6.4.1. Orientaciones Metodológicas para el Seguimiento y la Evaluación

Una primera aproximación al tema de seguimiento para la gestión, se encuentra en el documento “Orientaciones Metodológicas para el Acompañamiento Integral”. Ahí se definen algunos conceptos que interesan, pues forman parte de la metodología de trabajo a implementar y del quehacer de los encargados y ejecutores del programa.

Respecto a este tema, el documento antes mencionado releva algunos conceptos y sus definiciones. Éstos son:

- i. **Seguimiento:** Proceso de análisis permanente, que se realiza en conjunto con el(la) AM, a partir de los elementos que facilitan u obstaculizan la consecución de las acciones y el logro de indicadores de bienestar.
- ii. **Valoración del proceso:** Actividad asociada a un momento de la intervención en el cual se habilita una instancia para evaluar y proyectar la experiencia de implementación de los Planes de Desarrollo y los Planes Ocupacionales. La Etapa de Valoración está orientada a que los(as) participantes evalúen el primer año de APS, así como motivar su participación y vinculación en diversas instancias significativas en su contexto local. Para ello, se propone la realización de dos sesiones, una individual y otra grupal, a través de las cuales se espera revisar los aprendizajes, avances y desafíos en relación con el Plan de Desarrollo, además de la proyección de su participación en la conformación de espacios grupales. Esta etapa transcurre en el mes 12 de la intervención y consiste en la realización de una sesión individual y una sesión grupal, de responsabilidad del MC.

La etapa se propone realizar una evaluación intermedia que permita visibilizar los logros y aprendizajes significativos que han ocurrido durante el acompañamiento, tanto a nivel individual como grupal. Por otra parte, espera fortalecer y/o incorporar nuevos elementos durante el segundo año, a partir de las sugerencias realizadas por los participantes que faciliten la readecuación o reprogramación de los compromisos expresados en el Plan de Desarrollo.

Explícitamente, este proceso de valoración se plantea el objetivo general de “Valorar el trabajo realizado durante el primer año del APS y planificar posibles mejoras para los siguientes 12 meses de acompañamiento”. Y, como objetivos específicos,

- i) Reconocer los avances y dificultades para la implementación del Plan de Desarrollo de cada participante.
- ii) Evaluar la pertinencia de los contenidos tratados durante el primer año del APS.

- iii) Reconocer logros del trabajo grupal realizado y proyectar la continuidad de la instancia y/o la integración a otros espacios colectivos.
- iv) Identificar posibles actividades a realizar durante el segundo año del APS.
- v) Reconocer los elementos valorados y no valorados del acompañamiento por parte del AM.

6.4.2. De los Instrumentos metodológicos de Registro de Actividades

Cuadernillo de Acompañamiento

Utilizado como instrumento de apoyo a la labor del MC. El Cuadernillo es un documento que tiene como objetivo llevar el registro de las sesiones individuales realizadas durante el proceso de APS y ASL. Considera diversos ítems, tales como:

- Aspectos generales de la actividad, número de sesión, fecha de la actividad y su descripción, especialmente importante cuando se realicen adaptaciones a las actividades sugeridas.
- Preguntas para el diálogo, que intentan facilitar la conversación que debiese promover el MC con el (la) AM y que surgen desde las actividades sugeridas en las Orientaciones Metodológicas.
- Preguntas para el Cierre, que están orientadas a reforzar los aprendizajes o aspectos que resultaron más significativos para el(la) AM.

Así también, algunas de estas preguntas deberán ser consignadas en la plataforma informática del programa, por lo cual se despliegan alternativas para facilitar la participación del(la) AM.

Al finalizar, se solicita al(la) MC que pueda registrar las condiciones de bienestar que fueron abordadas a partir del diálogo realizado durante la actividad que se implementó.

Cuadernillo de Profundización Diagnóstica

Instrumento que tiene por objetivo recoger la situación de los(as) AM en el momento de iniciar su participación en el Programa hasta co-construir su trayectoria de intervención, a partir de las necesidades e intereses planteados por cada participante.

Este cuadernillo contiene la información de la primera y segunda etapa del proceso de APS, específicamente “Etapa I: Profundización Diagnóstica” (tres sesiones) y “Etapa II Construcción del Plan de Desarrollo” (4 sesiones).

Esta información se constituye en una guía orientadora de tareas, gestiones y compromisos de acción tanto para el(la) AM como para el(la) MC, a fin de avanzar en el logro de estándares de bienestar que el programa se plantea en las dimensiones de ocupación, salud, autonomía, ingresos y vivienda y entorno.

Cabe enfatizar que la herramienta no fue diseñada para ser auto aplicada, sino que más bien se constituye en una estructura que orienta el diálogo con el(la) AM, motivo por el cual el(la) profesional responsable debe leer los indicadores, explicarlos en lenguaje más sencillo, si se requiere, tratando de asegurar la comprensión por parte de la persona, sin influenciar sus respuestas.

De los Roles y Responsabilidades relacionados al Seguimiento y Evaluación

En diversos documentos, se encuentran responsables y funciones relacionadas al Seguimiento y Evaluación, estas son:

- i. EL(la) EC tiene la tarea de monitorear el desarrollo de la intervención, velando por la correcta implementación del modelo, y coordinarse con el(la) EGV para obtener y administrar la información del diagnóstico, seguimiento y evaluación. Esta información se evacua en forma de sugerencias o recomendaciones, hacia los niveles superiores de la administración del programa, de los(as) participantes beneficiarios(as) de la intervención.
- ii. El **ejecutor (Municipalidad/EC)** quien se obliga a desarrollar las siguientes acciones:
 - Utilizar el Sistema de Registro Informático vigente del MDS, debiendo ingresar la información requerida actualizada en el Sistema, junto con mantener la documentación en soporte físico.
 - Ejecutar los respectivos Acompañamientos a los(as) usuarios(as) que cuenten con sus respectivos Planes de Intervención y que gatilla las Transferencias Monetarias según corresponda a la normativa legal y reglamentaria vigente.
 - Realizar al menos 6 Comités de Coordinación intersectorial Local para que las personas mayores puedan acceder a prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades.
- iii. La **Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social**, tiene las siguientes obligaciones:
 - Coordinarse con el ejecutor para realizar la validación y seguimiento del ingreso de los(as) usuarios(as) y sus respectivos acompañamientos, de conformidad a la normativa legal y reglamentaria vigente, en concordancia con lo establecido en la Resolución Exenta N°0898, del 04 de Agosto de 2017, de la Subsecretaría de Servicios Sociales.
 - Exigir las Rendiciones de cuentas de conformidad con lo dispuesto en la Resolución N°30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas o norma que la reemplace.
 - Dar oportuno cumplimiento a los tiempos de revisión de los Informes Técnicos de Avance y Final, como asimismo de los Informes de Inversión Mensual y Final.

- Realizar la Supervisión y monitoreo de las Metas de Cobertura, procesos y resultados del Modelo de Intervención a nivel Regional.
- iv. Actividades a ser ejecutadas por SENAMA, quien supervisa el correcto funcionamiento del programa, en particular:
- Participación de las mesas técnicas regionales y comunales.
 - Gestión de red para fortalecer el trabajo de los servicios y prestaciones sociales apoyando a los monitores en esta tarea.
 - Monitorear el cumplimiento de cobertura de las comunas ejecutoras del programa que, si bien los hace Seremi MDS, en el tema socio laboral donde se aporta la prelación por trabajar, se ven las instancias de evaluación, se visan las salidas de los(as) MC, se trabaja en base a una estrategia metodológica, se monitoriza en cuanto a temas de salud, retrasos del monitor, factores climáticos, temas laborales

Indicadores de Desempeño

Para conocer los indicadores que posee y con los cuales trabajaría el programa, hay que remitirse al Informe de Seguimiento del Programa Vínculos a diciembre de 2017, informe correspondiente a los reportes con que cuenta el MDS como parte de un Banco Integrado de Proyectos.

En dicho informe, en la sección 6, denominado Indicadores de Desempeño, el programa da cuenta de las formulaciones de indicadores para el Propósito y sus componentes, siendo básicamente dos indicadores de cobertura para el objetivo de Propósito y un indicador de cumplimiento de servicios entregados para cada uno de los cinco componentes.

De acuerdo a la descripción realizada en el informe, en indicadores de propósito, se utiliza el cuadernillo de evaluación del usuario, aplicado por el (la) MC o el (la) EGV. La definición de los índices de autonomía y vinculación corresponden a las definidas por la División de Promoción y Protección Social para la reformulación del programa en 2015. Efectivamente, si se revisa el informe de seguimiento a diciembre de 2015, aparecen dichos indicadores con sus valores respectivos, es decir, se cuantifica un resultado de vinculación y autonomía de los intervenidos en el periodo 2013-2014. En dicho informe, no hay más detalles de cómo se determinaron los valores presentados.

Con excepción de los indicadores de cobertura y del componente EJE, no existen indicadores cuantificados valorados, y solo se presenta su formulación. Las siglas utilizadas son N/A y S/I, es decir, no aplica y sin información. Esto último da cuenta de que algunos de los indicadores allí planteados, no nacerían desde una construcción propia que realice el programa para su seguimiento en un determinado periodo, sino más bien, son indicadores generales recomendados por una metodología externa o son solo valorados con una frecuencia distinta (superior) al ciclo de la intervención.

6.4.3. Procesos Específicos relacionados al Seguimiento y Evaluación

A continuación se verá cómo estas orientaciones se plasman en la identificación y descripción de los procesos relacionados a los servicios del programa. En particular, se analiza el APS y ASL, que junto con la asistencia técnica como actividad transversal, son aquellas instancias en que se identifican elementos a partir de los cuales se podría generar información de utilidad para la gestión y retroalimentación del programa.

Siguiendo la línea lógica vertical del programa, se contribuirá en mayor medida a dichos objetivos, cuando los componentes/productos se entreguen en forma completa y de acuerdo a lo planificado a partir de la base metodológica utilizada para la implementación. Si esta base metodológica tiene la posibilidad de mutar hacia un instrumento cada vez más eficiente y eficaz, entonces la intervención lo hará también. En ese sentido, se encuentran actividades y sub procesos relacionados con la práctica de monitoreo y evaluación en los siguientes componentes y/o procesos asociados a la intervención.

Del Acompañamiento Psicosocial

Existen dos instancias evaluativas:

- **Valoración**, también llamada evaluación intermedia, en donde los participantes evalúan el primer año de acompañamiento, y que se desarrolla en dos sesiones, una grupal y otra individual.
- **Cierre del Acompañamiento**, etapa que tiene por objetivo reconocer los resultados alcanzados mediante la implementación del Plan de Desarrollo, especialmente del logro de las condiciones de bienestar y el fortalecimiento de autonomía y vinculación con las redes a través del APS. Consiste en dos sesiones, una individual y otra grupal, que son realizadas en el mes 24 del APS.
 - *Sesión Individual*: Consiste en una actividad de evaluación de las condiciones de bienestar cumplidas o no.
 - *Sesión Grupal*: Consiste en una actividad de evaluación y proyección del grupo. Para la realización de las sesiones de esta etapa el (la) MC utiliza el instrumento Línea de Salida que es un cuestionario que recoge la información sobre los logros de las condiciones de bienestar y permite evaluar los avances del AM. Este instrumento no es auto aplicable por el(la) AM, por lo que se requiere establecer un diálogo que facilite producir la información requerida. Incluye los tres índices evaluados en el Diagnóstico y en la etapa de Profundización Diagnóstica, que entregaron información de la línea de entrada al programa. En la etapa de cierre, la aplicación de estos índices permite evaluar las variaciones ocurridas durante el acompañamiento.

La Ficha de Registro Plan de Desarrollo es el instrumento en donde se registra el Plan de Desarrollo por parte del(la) MC y debe ser utilizado para reconocer los temas

priorizados y que serán abordados y a los cuales, se hará seguimiento durante la etapa. Este instrumento incluye el Proyecto Personal, el cual también requiere de abordaje integral y seguimiento.

En resumen, en esta etapa de cierre se propone realizar una evaluación final que facilite el reconocimiento de logros en términos de condiciones de bienestar, es decir, construir una línea de salida que se pueda comparar con la línea de entrada generada en la etapa de “Profundización diagnóstica”, además de reconocer el fortalecimiento del autonomía y vinculación del(la) AM con las redes institucionales y comunitarias.

Del Acompañamiento Socio laboral

También tiene dos instancias evaluativas:

- **Valoración:** grupal e individual, como evaluación y proyección del proceso de construcción reflexiva del Plan Ocupacional, en función de motivar a los participantes en la implementación del Plan, al final del primer año.
- **Cierre del acompañamiento,** actividad que dirige el(la) MC y que busca que el(la) AM realice una valoración de la experiencia, reflexionando sobre los cambios, y que se empodere para desarrollar proyecciones a futuro, esto, al final del año 2.

Esta etapa de cierre tiene por objetivo identificar los cambios y resaltar los resultados positivos alcanzados con la implementación del Plan Ocupacional, describiendo las mejoras en la rutina del AM, ya sea incorporando nuevas actividades con sentido o incorporándose a grupos de interés del(la) AM. Esta etapa se compone de una sesión individual y una grupal que se realizan durante el mes 24, y se espera que el(la) MC no solo promueva acciones de evaluación del ASL, sino que genere espacios de identificación de las situaciones de mejora de calidad de vida, resaltando las vinculaciones en los ámbitos públicos y/o privadas realizadas por el(la) AM, apoyando la permanencia de los grupos conformados y actividades incorporadas.

Para la realización de las sesiones el(la) MC deberá utilizar la Ficha de Registro de Plan Ocupacional, que es donde se registró el Plan Ocupacional, por parte del(la) MC, que debe ser utilizado para reconocer el área de desempeño y las actividades significativas elegidas por el(la) AM y que serán abordadas durante la intervención. Con este instrumento se debe volver a mirar en esta etapa para cotejar los logros, avances y aquellos aspectos pendientes del plan.

En resumen, esta etapa tiene por objetivo realizar una revisión global de lo acontecido durante el ASL, junto con reconocer los avances en la calidad de vida del AM.

De la Asistencia Técnica y Capacitación

Para este servicio, de carácter transversal, se tiene, por un lado, una aplicación de un sistema de evaluación a los(as) MC, y por otro, una etapa de evaluación y cierre, con

evaluaciones individuales y grupales por usuario. Existe también un cierre técnico/metodológico para constatar que se haya aplicado la metodología, y se revisan los informes técnicos que suben a SIGEC

Los instrumentos de seguimiento y evaluación relacionados a este servicio son:

- a. Aplicación de Sistema de Evaluación al (la) MC. El Gestor SENAMA evalúa el desempeño del (la) MC al finalizar los años 1 y 2.
- b. Reporte a SEREMI – MDS. El Gestor SENAMA reporta hallazgos a la SEREMI MDS y envía reportes a SENAMA Nivel Central, esto se realiza durante el desarrollo del programa.
- c. Informes Técnicos de Avance a MDS. Reportes, durante el desarrollo del programa, de Gestor Regional SENAMA Nivel Central que reporta a MDS Nivel Central respecto de la supervisión del programa.
- d. Documento que da cuenta de “Buenas Prácticas” del EC. Considerando las asesorías prestadas y las instancias de supervisión, el Gestor SENAMA elabora documento de buenas prácticas recogidas y propone mejoras, esto lo hace al finalizar los años 1 y se recoge en un protocolo de Adecuaciones metodológicas y Actas de Buenas Prácticas.
- e. Propuesta documentada de “Mejoras al Modelo de Intervención”. Considerando los reportes de los Gestores, el Encargado Nacional de SENAMA elabora documentos con propuestas de mejoras.

Lo anterior, excepto las dos últimas actividades, tiene como salidas reportes y documentos asociados a los sistemas informáticos SIGFE y SIGEC. El ideal es que todos estos reportes fueran subidos al sistema. Por otra parte, solo parte del registro que los(as) monitores(as) llevan en los llamados “Cuadernillos”, debe ser también consignado en la plataforma informática, esto, según da cuenta la propia descripción de los mismos.

El plan de asistencia técnica cuenta, además, con indicadores de actividades que permiten efectuar el seguimiento y dar luces acerca del cumplimiento de objetivos relacionados a este producto de carácter transversal.

En particular, a modo de ejemplo, para las versiones 10 y 11 del programa Vínculos, se plantean los objetivos siguientes:

Cuadro 9 Objetivos Plan de Asistencia Técnica

Objetivos	Definición
Nº 1	Fortalecer una estrategia de Asistencia Técnica a nivel Nacional, Regional y Comunal
Nº 2	Apoyar instalación de los Equipos Regionales de Asistencia Técnica (SENAMA) para la correcta implementación del Programa

Nº 3	Instalar el Programa Vínculos en todas las regiones del país
Nº 4	Fortalecer técnicamente los Recursos Humanos locales (MC) para la correcta ejecución del Programa Vínculos a nivel regional y comunal.
Nº 5	Apoyar el fortalecimiento del Sistema Intersectorial de Protección Social a nivel nacional y regional pertinente a las características de los usuarios

Fuente: Registro Plan de Asistencia Técnica. SENAMA.

El cuadro siguiente presenta, respondiendo a los objetivos anteriores, un registro de actividades, indicadores y medios de verificación correspondientes al "Plan Nacional de Asistencia Técnica Programa Vínculos 10° y 11° versión".

Cuadro 10 Objetivos Indicadores Plan de Asistencia Técnica

Actividades	Indicador	2º año arrastre			1º año undécima		
		Meta	Plazos	Medios de verificación	Indicador de cumplimiento	Plazos	Medios de verificación
Presentación del Plan Nacional de Asistencia Técnica (AT)	Aprobación del Plan de AT por parte de SENAMA y MDS	100%	Una vez iniciada la ejecución del Programa	Documento aprobación	Aprobación del Plan de AT por parte de SENAMA y MDS	Una vez iniciada la ejecución del Programa	Documento aprobación
Apoyar y aprobar los planes regionales de AT	15 planes de AT aprobados/ Total de Planes de AT	100%	Previo a la ejecución del Programa	Acta aprobación planes regionales de AT	15 planes de AT aprobados/ Total de Planes de AT	Previo a la ejecución del Programa	Acta aprobación planes regionales de AT
Asistir y Participar de las Mesas Técnicas Nacionales (MTN)	(Participación de 12 MTN / Total MTN Planificadas convocadas por el MDS)*100	100%	Mensual	Acta MTN	(Participación de 12 MTN / Total MTN Planificadas convocadas por el MDS)*100	Asistencia mensual	Acta MTN
Mesas Técnicas Regionales (MTR)	(Participación de 28 Gestores Regionales (GR) en las MTR / Total de GR) * 100	100%	Cuatrimestral	Informe Técnico de Avance	Participación de 28 GR en las MTR	Cuatrimestral	Informe Técnico de Avance
Mesas Técnicas Comunales (MTC)	(Participación de 28 GR en las MTC / Total GR) * 100	80%	Cuatrimestral	Informe Técnico de Avance	Participación de 28 GR en las MTC	Cuatrimestral	Informe Técnico de Avance
Supervisiones Regionales (SR)	(15 SR realizadas/ Total de SR planificadas) * 100	80%	Semestral	Informe Técnico de Avance	(15 SR realizadas/ Total de SR planificadas) * 100	Semestral	Informe Técnico de Avance
Planificación Jornadas Nacionales (JN)	(2 JN realizadas/ Total planificadas) * 100	100%	Semestral	Informe Técnico de Avance	(2 JN realizadas/ Total planificadas) * 100	Semestral	Informe Técnico de Avance
	(28 Gestores Regionales asistentes/ Total de Gestores Regionales) * 100	90%	Semestral	Informe Técnico de Avance	(28 Gestores Regionales asistentes/ Total de Gestores Regionales) * 100	Semestral	Informe Técnico de Avance
Planificación de Capacitaciones Regionales	(15 jornadas realizadas/ Total J Planificadas) * 100	90%	Una vez iniciada la ejecución del Programa	Informe Técnico de Avance	(15 jornadas realizadas/ Total Planificadas) * 100	Una vez iniciada la ejecución del Programa	Informe Técnico de Avance

Fuente: Registro Plan de Asistencia Técnica. SENAMA.

Se constata que los indicadores refieren a actividades, y las metas, a su nivel de cumplimiento. En este sentido, son indicadores de proceso que señalan el grado de ejecución de las acciones que sustentan la entrega del servicio de asesorías y capacitación.

En términos generales, se verificó que el programa cuenta con varias instancias de seguimiento y evaluaciones durante y al cierre de la ejecución, todas ellas, con un potencial de información útil para correcciones durante la intervención y de alcanzar mejoras post ejecución por la vía de una retroalimentación del diseño y las metodologías que orientan la implementación. No obstante, lo anterior, la estructura de recolección de información y la transferencia de resultados, limitan las posibilidades de contar con indicadores de control de gestión e índices de resultados agregados para la intervención.

En la etapa de acompañamiento, como se vio cuando se analizaron los procesos, un aspecto relevante de la intervención son las actividades de valoración y cierre. La primera da cuenta de cómo los(as) beneficiarios(as) están percibiendo el proceso y que, de alguna forma, debiera permitir correcciones inmediatas o de corto plazo en caso de detectar alguna valoración negativa. No obstante, surgen aquí dos inquietudes, la primera dice relación con las limitaciones de tiempo, capacidades y facultades del(la) monitor(a) para realizar dichas correcciones y plantearlas como sugerencias de mejoras a la metodología de implementación. Y, por otra parte, el sesgo que se produce por ser el propio monitor(a) quien deba evaluar los avances de la intervención que él mismo ha llevado a cabo. Es predecible, por lo tanto, un alto nivel de satisfacción en preguntas que se relacionan con el bienestar medido según indicadores de carácter más subjetivo. No así con aquellas respuestas que contengan un grado de mayor objetividad o sean más simples de verificar.

Son los(as) propios(as) MC quienes declaran este sesgo como algo negativo, pues, junto con reportar una sobrestimación del desempeño de la intervención, les impide mejorar su trabajo a partir de una retroalimentación más objetiva.

Desde la mirada de un EGV, se refuerza esta visión. Se declara que existen problemas en cuanto a la valoración, ya que los(s) AM no son “objetivos” con la evaluación, ya que se “encariñan” con el(la) monitor(a) y “todo lo encuentran bueno”; además – indica – que todas las preguntas son abiertas y no hay indicadores que permitan un mejor seguimiento de la condición del AM.

Con relación a los indicadores de desempeño descritos en los informes de Seguimiento del programa, esto es, indicadores de Propósito, de Componentes y cobertura, no es posible visualizar dichos indicadores como parte de un proceso de monitoreo y evaluación, toda vez que, para la mayoría de los indicadores ahí definidos, no existe una valoración del mismo. Por otra parte, no es posible establecer una metodología específica ni una periodicidad adecuada en la intención de realizar dicho seguimiento y evaluación de resultados, pues los dos informes de seguimiento disponibles (2015, 2017) son disímiles en cuanto a los indicadores de desempeño que presentan.

Con relación a los indicadores propiamente tales, no es posible visualizar cómo se mide la vinculación y la autonomía, ni a partir de qué información específica se le asigna valor al numerador de cada uno de los indicadores de Propósito propuestos. De los indicadores de componentes, solo abarcan la dimensión de eficacia o cobertura relativa en cuanto a quienes, potencialmente pueden acceder a un componente, finalmente lo hacen. No se formulan indicadores de eficiencia, ni de calidad para los componentes, como podría ser aquel que emana de la valoración de cada uno de los procesos por parte del intervenido.

Con todo, no es posible suponer, a partir de dicha estructura, una planificación ordenada, periódica y adecuada con respecto a la labor de seguimiento y evaluación para el mejoramiento de la gestión y los resultados de la intervención.

De acuerdo a la función que le es asignada, es el(la) EC quien tiene la tarea de monitorear el desarrollo de la intervención, sin embargo, no fue posible identificar en los procedimientos establecidos, si estas tareas se llegan a completar.

Con relación a esto, un EC relata una suerte de mecanización del trabajo que realiza, donde cada etapa es “casi lo mismo”, esto es, debe supervisar que se cumpla la metodología, que las visitas sean semanales, que los talleres se realicen cada 15 días, reuniones semanales con monitores(as), revisión de cuadernillos al azar. Entonces, el énfasis está puesto casi exclusivamente en la correcta implementación más que en la administración o compilación de información para un mejoramiento de la gestión.

Los Cuadernillos, como instrumento de registro de las actividades de acompañamiento, si bien permiten llevar el control de lo realizado y manifiesta algunos resultados de eficacia de la intervención por la vía de la etapa de Valoración, no se constituyen en un instrumento de control de gestión propiamente tal, pues tienen como finalidad una ejecución ordenada y ajustada al modelo de intervención predefinido. Además, la información registrada tiene una forma heterogénea en su salida, por ser el resultado de preguntas predominantemente abiertas, más que mediciones que puedan derivar en algún indicador de gestión que mida desempeño, en términos simples, respecto a eficacia, calidad y eficiencia del proceso. Si bien la valoración arroja resultados concretos respecto a lo que podría transformarse en un indicador de resultados, se tiene el sesgo ya antes comentado, de la relación que establece el(la) beneficiario(a) con el(la) MC que, de alguna forma, debe terminar por evaluar en lo que seguramente entiende como la calificación de su acompañante, más que la calidad de la intervención.

Considerando lo anterior, no parece que existiera durante el proceso de acompañamiento propiamente tal, una intención de monitoreo y seguimiento estructurada que conduzca, por ejemplo, a la generación de indicadores e información agregada que permita mejoras en la gestión y en los resultados. Más bien, se genera una buena cantidad de información de resultados intermedios y de percepciones cualitativas del usuario, que, de acuerdo a los antecedentes que se tienen, no están debidamente procesadas ni agregadas, lo que

imposibilita su mejor provecho como insumo para mejorar la gestión integral, esto, con miras al cumplimiento del propósito general de la intervención.

Como un antecedente de la existencia de un énfasis “administrativo” o de “cumplimiento de actividades”, por sobre una mirada de mejoramiento y retroalimentación, desde regiones se da cuenta que SENAMA nacional genera un instrumento para vaciar la información, donde se pide cantidad de visitas en terreno, una radiografía de las actividades que se realizan, cobertura y otros elementos cualitativos, en un formato donde no se puede sintetizar y lo consideran, ellos mismos, una supervisión con ausencia de retroalimentación.

El programa se propone, como parte final del proceso de Asesoría y Capacitación, una instancia reflexiva que conduciría a la generación de documentación relevante para llevar a cabo mejoras en la implementación y en las metodologías de trabajo asociadas. A saber, un levantamiento documentado de buenas prácticas y el desarrollo de un documento de mejoras al Modelo de Intervención, alimentado también por el primero y por la información que fluye desde los(as) GR hacia los niveles centrales. Este componente de monitoreo, seguimiento y evaluación, se circunscribe a la labor de Asesoría especializada de SENAMA, y por ello, las adecuaciones metodológicas que puedan proponerse refieren principalmente a alcanzar mayor eficacia y calidad en el método de asistencia técnica, lo que, sin duda, contribuye al logro de los resultados del acompañamiento integral y, como consecuencia, a un mejoramiento de la gestión y los resultados. No se cuenta con antecedentes sobre la forma de levantar y procesar dicha información, y si es efectivamente considerado como un insumo que retroalimente los procesos que son sujeto de asesoría y capacitación.

Al respecto, a partir de las entrevistas realizadas, se detectaron buenas prácticas presentadas en mesas regionales. Sin embargo, a pesar de contar con registro de dicha presentación del o los casos exitosos, no hay mayor difusión ni instrumentos que permitan registrarlas en una plataforma. De esta manera, existe una posibilidad, que estos casos no sean considerados como ejemplos a seguir, perdiendo su potencial beneficio de ser instalados como acciones posibles de una mayor y mejor vinculación del AM con el medio.

Analizando los roles y responsabilidades que le cabe a cada uno de los actores en los temas de seguimiento y evaluación, se observa una suerte de co-responsabilidad entre los EC (Municipalidad), especialistas asesores (SENAMA) y la administración central (SEREMI MDS). De acuerdo a las obligaciones que se establecen para cada actor, existen cruces importantes de información a través de instancias de encuentro organizadas tanto por SENAMA como por MDS regional. No obstante aquello, es esta última institución quien parece tener, en el papel, un rol más claro en este sentido, debiendo asumir la tarea de “Realizar la Supervisión y monitoreo de las Metas de Cobertura, procesos y resultados del Modelo de Intervención a nivel Regional”.

A partir del análisis precedente, se puede decir que los mecanismos de monitoreo y evaluación son insuficientes para garantizar la mejora continua, y que los formatos de registro de información, no permiten un adecuado control de la ejecución del programa. Excepto en el proceso de Asesoría y Capacitación (que cuenta con indicadores de cumplimiento actividades), los antecedentes revisados no dan cuenta de la existencia de indicadores cuantitativos específicos de desempeño para el resto de los procesos no transversales. En particular, para los componentes de Acompañamiento, se tiene un buen cúmulo de información, registrada en el material de apoyo de las intervenciones, pero que, por las razones antes expuestas, no se traducen en indicadores de desempeño de los procesos o en información que pueda ser agregada y procesada para fines correctivos.

Por otra parte, si bien se puede reflejar en la práctica una correcta labor de supervisión y medición de metas de cumplimiento (cobertura), no hay claridad respecto de cómo se lleva a cabo la instancia de seguimiento de procesos y resultados, tanto del modelo de intervención, como de la intervención misma.

7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1. Conclusiones

Población y Focalización

1. El programa identifica la población potencial en función de los criterios que definen la población a atender como componente del Subsistema Seguridades y Oportunidades: tener 65 o más años de edad, vivir solo o con una persona (hogar uni y bipersonal), encontrarse bajo la línea de pobreza y pertenecer al 20% de la población más vulnerable.

Para la cuantificación de la población potencial, el programa utiliza el Instrumento Técnico de Focalización, el Registro Social de Hogares (RSH).

2. El marco normativo no define la población potencial en función de la “desvinculación” en ninguna de las dimensiones social, familiar y/o comunitaria, por lo que, para relacionar el diagnóstico y los objetivos del programa con la definición de población Potencial, se debe asumir una relación directa entre las condiciones de edad, composición del hogar, vulnerabilidad y pobreza con un grado significativo de desvinculación, social, familiar y/o comunitaria.
3. El marco normativo del programa no establece el índice de pobreza que debe ser aplicado, por lo que sería posible utilizar, de igual manera, un índice de pobreza por ingresos, el índice de pobreza multidimensional (de la Encuesta CASEN) y un índice de pobreza corregido (por índice de necesidades y test de medios, por ejemplo), identificando distintos grupos de personas según el índice aplicado.
4. El programa no utiliza el concepto de población objetivo en relación a la población que, teniendo el problema identificado, se propone atender, sino que la define en base a la cobertura que le es posible atender cada año según el presupuesto asignado, lo cual se define en los decretos de cobertura. Tampoco plantea una meta a cubrir en un tiempo determinado.
5. La población beneficiaria reportada en los Informes de Seguimiento de programas Sociales del Banco Integrado de Programas Sociales (BIPS)¹¹⁶ difiere con la calculada con las bases de datos (BD) recibidas del Ministerio para el desarrollo de este estudio.

¹¹⁶ Informe de Seguimiento de Programas Sociales al 31 de diciembre 2017.

Informe de Seguimiento de Programas Sociales al 31 de diciembre 2015.

Banco Integrado de Programas Sociales (BIPS), Ministerio de Desarrollo Social, Página web: <http://www.programassociales.cl/>.

Estas diferencias son numéricamente más relevantes en los años 2016, en que lo reportado en las BBDD es de 11.261 y en los documentos llega a 15.040; y en el año 2017, en la BBDD su número es de 11.200 y en los documentos llega a los 13.737.

Esto se explica porque en los informes de seguimiento se ingresan los datos de beneficiarios(as) a diciembre del año calendario, que corresponden al total de los(as) adultos(as) con carta de aceptación de condiciones para la participación firmada, en consecuencia, es la sumatoria de las distintas cohortes que paralelamente se atienden por el programa¹¹⁷, y las bases de datos corresponden a los(as) beneficiarios(as) que ingresaron por cohorte. Además, cabe considerar que la información de los(as) beneficiarios(as) en el RSH puede modificarse en el tiempo, no quedando registro del valor en cada momento; y, porque el número de beneficiarios(as) al inicio del programa disminuye en el tiempo, por renuncia voluntaria, incumplimiento, fallecimiento u otros motivos.

6. La focalización de la población potencial en base a la vulnerabilidad de la persona se considera apropiada en su diseño ya que es consistente, pertinente y adecuada a los objetivos del Subsistema y del programa. La focalización por autoselección (la inscripción en el RSH y la aceptación de los municipios) tiene la limitación que no toda la población que puede cumplir con el perfil se inscribe en el RSH y que, comunas aisladas con baja densidad de población, podrían poseer población potencial prioritaria (muy vulnerable) y menos vinculada en lo social, familiar y/o comunitario.
7. No fue posible medir los errores de inclusión y exclusión con la BD disponible, ya que MDS señaló que para la protección de la información de personas solo entregan antecedentes de los(as) beneficiarios(as) (base de datos innominada) y, la información de la Población potencial (nóminas), solo cuenta con variables dicotómicas (cumple o no cumple cierta condición) y categóricas (pertenecer al grupo 1, 2, 3 o 4 de cierta condición de priorización), y no incorpora el valor de las variables que definen el valor de las variables dicotómicas y categóricas.
8. Se analizaron los errores de inclusión y exclusión considerando: (1) las definiciones propias del programa, (2) la operacionalización de estas definiciones, y (3) la información levantada en entrevistas a actores claves del programa.

Posibles fuentes de errores de exclusión:

- a. De acuerdo con las definiciones, no ingresarían personas que se encuentren bajo la línea de pobreza, pero que no pertenezcan al 20% más vulnerable.

¹¹⁷ En diciembre del año t se encuentran con carta de aceptación de condiciones para la participación firmada quienes ingresaron para su primer año de intervención en el año t-1 y se encuentran egresando, quienes ingresaron para su primer año de intervención el año t y se encuentran finalizando su primer año, y quienes ya han firmado la carta de aceptación recibir su primer año de intervención el año t+1.

- b. No toda la población potencial se registra en el RSH, pudiendo hipotetizarse que las personas más vulnerables y desvinculadas del entorno social, son el grupo que tiene una mayor probabilidad de estar no registrada.
- c. Personas que han cambiado sus condiciones (por ejemplo, la composición del hogar) de tal forma que deberían ingresar a la población potencial, pero que no actualizan su información en el RSH.
- d. Personas que mantienen sus condiciones de participación, pero por cambio de residencia, se encuentren inubicables.

Posibles fuentes de errores de inclusión

- e. Personas que han superado las condiciones de participación (por ejemplo, la composición del hogar), y que, sin embargo, ingresan a la nómina, por no haber reportado sus nuevas condiciones.

Características de la población potencial, objetivo y beneficiaria

1. La población potencial de los años 2016 y 2017 se concentra en las tres regiones más pobladas del país, éstas son la Región Metropolitana, la del Biobío y Valparaíso. La distribución etaria indica que los(as) AM se concentran entre 65 y 74 años, y los de 80 años y más son los que tienen menos representación respecto del total. Sin embargo, los de 74 años y menos disminuyeron de un 55,2% para el año 2016 a un 49,2% en el año 2017, mientras que los de 80 años y más, aumentaron de un 23,7% en el año 2016 a un 28,6% en el año 2017. Esta tendencia al envejecimiento de los(as) AM es necesaria tenerla en cuenta para la intervención del programa, ya que el aumento de la edad tiende a incrementar situaciones de mayor dependencia. Así mismo, en torno al 50% de los(as) AM viven solos, y en el año 2016 un 55% se encuentra en condición de pobreza extrema, cifra que en el 2017 se elevó a un 56,4% respecto del total. Por último, las personas que no tienen pensión y tampoco ingresos laborales alcanzan una cifra no menor del 8,4% para el año 2016 y del 6,3% para el 2017.
2. No se realiza caracterización de la población objetivo, toda vez que esta es sólo un número de personas de referencia, que corresponde a la cantidad de personas que pueden ingresar al programa cada año en función del presupuesto asignado, y no constituye un grupo de personas previamente identificado.
3. Del total de la población beneficiaria para el período 2014 a 2017, la región que mayores beneficiarios(as) presenta es la región Metropolitana, en torno al 34%, seguido de la región del Biobío (en torno al 11,5%), y la región de la Araucanía (en torno al 9,5%). Las mujeres son ampliamente predominantes, alcanzando el 64,7% en el año 2014, 61,2% el 2015, el 67,1% el 2016 y un 65,9% el 2017. Por grupo etario, el segmento entre los 70 a 74 años de edad y entre los 75 a 80 años son los que predominan, con una participación que bordea los 26,6% y 26,3% respectivamente. Los(as) beneficiarios(as) que interrumpen su participación en el programa fueron disminuyendo en el tiempo, siendo de un 11,1% en el 2015, de un 6,3% en el 2016. El

fallecimiento es la principal causa de estas interrupciones con un 31,5%, 37,72% y un 46,02% entre los años 2014, 2015 y 2016 respectivamente, le sigue la renuncia voluntaria con una participación del 35,2% el año 2014, y en torno al 27,0% los demás años, y el incumplimiento con una frecuencia del 20,4% el año 2014, y cercana al 16,5% los demás años. Finalmente, en torno al 90% de los(as) beneficiarios(as) en el período evaluado, no cuenta con ninguna condición permanente que limite su participación¹¹⁸. De las personas que presentan alguna limitación, la más frecuente es la dificultad física (en torno al 19,0% los años 2015, 2016 y 2017).

Implementación de Bienes y Servicios

La asignación de tareas entre el MDS, SENAMA y municipio está claramente establecida, no detectándose duplicidades o confusiones en terreno sobre el rol que cada una de ellas cumple.

Se detectaron que las comunas más aisladas tienen mayores dificultades para el desarrollo de sus procesos y realización de sus componentes, destacándose: la inscripción de los potenciales beneficiarios(as) y cumplimientos de los hitos administrativos en el plazo de dos meses y, una vez inscritos, realizar las sesiones individuales de los componentes acompañamiento cada 15 días; el cobro de las TTMM en localidades que no tienen mayor acceso a servicios financieros; y, limitado acceso a la oferta pública y privada de los servicios destinados a los(as) AM.

1. Componente Eje

Los procedimientos establecidos del componente Eje en la fase de inscribir a los(as) usuarios(as) y realizar los hitos para iniciar la entrega de componentes, se cumplen por parte de los actores involucrados. Se detectó que existe una tensión entre los(as) usuarios(as) en esta puesta en marcha del programa, pues se sienten invadidas(as) por personas que no conocen y además deben firmar documentos, lo que también afecta a los(as) MC para convencer a los potenciales usuario(as) a ser inscritos. La otra dificultad de importancia es que en el listado de prelación, aparecen AM con situaciones de dependencia, que impedirán que puedan recibir los componentes que están diseñados por el programa.

2. Componentes Acompañamiento Psicosocial y Socio laboral

La separación de APS y ASL no tiene justificación considerando que todos los(as) AM necesitan ser apoyados en el enfoque ocupacional. Por otra parte, la profundización del diagnóstico es una reiteración de lo que ya se ha realizado en el diagnóstico eje, lo que

¹¹⁸ Solo para el año 2014, el trono al 70% señalaba no tener condiciones de salud que afectaran su participación, y para un 20% no se cuenta con información al respecto.

afecta el interés de los(as) usuarios(as) y dificulta las tareas del MC. Así mismo, la medición de los Planes, se ve dificultada con el instrumento de la matriz de bienestar que es muy extensa y mezcla resultados con el otorgamiento de los componentes.

La metodología y secuencia de las sesiones del APS tienen flexibilidad en su ejecución, lo que facilita hacer las modificaciones que se requieran.

3. Componente Transferencias Monetarias

Los flujos de la mayor parte de este proceso, está radicado fundamentalmente en el IPS. En lo que atañe a su ejecución en las comunas, no se detectaron mayores contratiempos de procedimientos y, cuando estos surgen, existen canales y responsables para solucionarlos. Esto no quiere decir que no haya dificultades para su recepción por parte de los beneficiarios(as), ya que por situaciones de distancia o impedimentos físicos de los(as) AM tienen dificultades para recibirlos.

4. Componente Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales

Este es un componente débil de cumplir por parte del programa, al no existir una oferta nacional integrada de apoyo a los(as) AM y tampoco tiene un mayor control o injerencia sobre las que existen. El programa tampoco tiene ofertas propias para los(as) beneficiarios(as). Los esfuerzos para levantar el mapa de oportunidades está radicado en los(as) MC de los municipios; pero la detección de ofertas para AM a nivel local son limitadas especialmente en comunas aisladas.

5. Capacitación y Asistencia Técnica

Se detectaron falencias de la metodología en los(as) MC, ellos mismos reconocen que tienen carencias en los temas de gerontología, enfoque ocupacional y autocuidado. Se constató que no está formalizada una estructura curricular que contenga un número mínimo de horas de capacitación y que sea evaluada, al que todos los(as) MC estén obligados a cumplir y que les permita certificarse.

6. Seguimiento y Generación de la Información para la gestión

Los mecanismos de monitoreo y evaluación son insuficientes para garantizar la mejora continua. Junto a ello, es importante señalar que los formatos de registro de información no están homogenizados en su levantamiento y uso de la información, no permitiendo un adecuado control de la ejecución. Excepto en el proceso de Asesoría y Capacitación (que cuenta con indicadores de cumplimiento actividades), los antecedentes revisados no dan

cuenta de la existencia de indicadores cuantitativos específicos de desempeño para el resto de los procesos no transversales. En particular, para los componentes de Acompañamiento, se tiene un buen cúmulo de información digitalizado, registrada en el material de apoyo de las intervenciones, pero que no se traducen en indicadores de desempeño de los procesos o en información que pueda ser agregada y procesada para fines correctivos.

Por otra parte, si bien se puede reflejar en la práctica una correcta labor de supervisión y medición de metas de cumplimiento (cobertura), no hay claridad respecto de cómo se lleva a cabo la instancia de seguimiento de procesos y resultados, tanto del modelo de intervención, como de la intervención misma.

7.2. Recomendaciones

Población y Focalización

1. Definir el índice de pobreza que definirá la población potencial del programa, consistentemente con los criterios de focalización y priorización, y compatibles con otros instrumentos que permitan su cuantificación como, por ejemplo, la Encuesta CASEN.
2. Plantearse metas de cobertura para el programa a diferentes horizontes de tiempo. Esto con el objetivo de retroalimentar la focalización del mismo.
3. Evaluar la posibilidad que los(as) EC puedan retroalimentar la nómina, previo o durante el proceso de invitación, apoyándose en su conocimiento in situ de la realidad local. De esta manera poder identificar:
 - a. Personas que no han actualizado su información en el RSH, y por lo tanto, podrían no tener la prioridad que corresponda a sus actuales condiciones, tanto para la inclusión como para la exclusión.
 - b. Personas que no se han inscrito en el RSH.

Implementación de Bienes y Servicios

A continuación se presentaran hallazgos que se detectaron y propuestas de mejoras que apuntan a cerrar brechas entre el diseño teórico y la ejecución propiamente tal.

Respecto al diseño, las observaciones más importantes van en relación, a que el ASL debiera ser recibido por todos(as) los(as) AM, y para tal efecto debieran corresponder a un solo componente (Acompañamiento). Así mismo, el componente Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales, para superar la debilidad de la oferta programática para los(as) AM, el programa debiera ser muy proactivo en levantar convenios, en que quede respaldada la prioridad de otorgamiento de los servicios para sus beneficiarios(as). Esta es una

alternativa, por el momento, para enfrentar la debilidad que existe en la política pública nacional para dar cuenta de las necesidades y demandas de los(as) AM.

Componente Eje

Nombre Actividad	Hallazgos constatados en terreno	Modificación propuesta
Nómina de Prelación y Aceptación de beneficiarios a participar	Por el sistema de la lista de prelación (información desactualizada), ocurre que se seleccionan personas que no son autovalentes y que tendrán dificultades para recibir el servicio de Acompañamiento.	Elaboración de un protocolo para que aquellos potenciales usuarios(as) no autovalentes no se consideren beneficiarios(as) del programa, pudiendo derivarse, cuando se pueda, a otras ofertas que tiene SENAMA para ellos. Este documento debería ser firmado por el EC y visado por el GR SENAMA.
	No está establecido un proceso formal y estratégico de acercamiento inicial al AM que no le genere inseguridad y desconfianza	Formalizar procedimientos para visitar a los(as) usuarios(as), por ejemplo, a través de una carta firmada por el alcalde o alguna autoridad administrativa.
	Al comenzar la primera sesión se solicita a los(as) AM que firme el documento de aceptación, lo que les genera tensión y angustia.	Solo debiera firmarse el Plan de intervención en la última sesión, que tiene la ventaja que a ese momento se ha generado más confianza con los(as) usuarios.

Componente Acompañamiento Psicosocial

Nombre Actividad	Hallazgos constatados en terreno	Modificación propuesta
Profundización diagnóstica	Reiteración del diagnóstico de la etapa eje. Numerosos Indicadores y preguntas que miden las 5 dimensiones. Tendencia a responder cotejando un listado y no profundizando el diagnóstico. Preguntas personales al inicio, cuando no necesariamente se han logrado los niveles de confianza para hacerlo	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir el número de indicadores y preguntas - Identificar resultados ligado al concepto autonomía. - Separar medición de productos de los resultados. - Posibilidad de seguir complementando el diagnóstico hasta el final del primer año.

Nombre Actividad	Hallazgos constatados en terreno	Modificación propuesta
Validación información de diagnóstico	La tendencia es a validar la información de diagnóstico documentalmente.	-El acortamiento del diagnóstico y la posibilidad de extender el tiempo del diagnóstico durante el año – sin que necesariamente signifiquen más sesiones exclusivas con este fin - podría facilitar la validación por parte, del mismo del EC y EGV en terreno.
Construcción Plan de Desarrollo	No es posible realizarlos con AM con dependencia severa. La metodología no es posible aplicarla.	Preparar una metodología para estos destinatarios(as) y/o derivarlos a programas más especializados en estas materias.
Acompañamiento Bienestar Adulto Mayor	Dificultades del MC para cumplir las visitas cada 15 días	Revisar la carga de trabajo de cada MC según el tipo de comuna.
Fortalecimiento de la implementación	MC y Usuarios(as) ven como problemático el momento del desapego como etapa final de la intervención	Incluir en la capacitación el autocuidado y trabajar este proceso del desapego.
Valoración - Cierre del Acompañamiento	<p>Se debe visitar a los(as) AM que no participaron en la evaluación grupal.</p> <p>Lo completado en las sesiones grupales, debe ser levantado en el sistema para cada AM en forma individual</p> <p>La evaluación de cierre la hace el mismo MC, lo que le resta objetividad al mismo.</p>	<p>Las sesiones individuales y grupales son distintas, por lo tanto, no debiera hacerse de forma individual la evaluación final de aquellos que no participaron en la sesión grupal.</p> <p>Por la misma razón anterior, no debería completarse en el cuadernillo individual, lo que se realizó en la sesión grupal.</p> <p>Debiera realizar las evaluaciones un profesional distinto del MC.</p> <p>En la evaluación grupal debe participar obligatoriamente, al menos, el GR o EGV. De esta manera se le da una formalidad que involucra a otras personas, aparte del MC</p>

Componente Socio laboral

Nombre Actividad	Hallazgos constatados en terreno	Modificación propuesta
Selección de beneficiarios(as)	Socio laboral se mide a partir de las dimensiones Ocupacional y Autonomía que son muy relevantes para el programa, en la medida que están conectadas con los resultados que se espera obtener en los(as) usuarios(as). Por eso, no se justifica que el 50% de los(as) usuarios(as) reciban este acompañamiento.	Integrar el ASL al APS. Los(as) MC que traten la unidad socio laboral deben ser capacitados o en lo posible recurrir a Terapeutas Ocupacionales. El Plan de desarrollo debe contemplar obligatoriamente además un proyecto ocupacional.
	MC no tienen claridad sobre el concepto ocupacional y tienden a confundirlo con lo laboral	Incluir una Unidad específica de capacitación con horas mínimas a cumplir, para MC sobre el enfoque ocupacional
Valoración - Cierre del Acompañamiento	La evaluación de cierre la realiza el mismo MC, lo que puede distorsionar la objetividad de este proceso	La evaluación de cierre dejarla a cargo de SENAMA o al EGV.

Transferencias Monetarias

Nombre Actividad	Hallazgos constatados en terreno	Modificación propuesta
Seguimiento de recepción	Dificultades en la bancarización de la entrega de las TTMM, sobre todo en comunas aisladas	Elaborar un instructivo informativo sobre el cambio y sus procedimientos dirigido a los MC y que estos lo comuniquen a los(as) usuarios(as). Otra alternativa que podría implementarse es utilizando la figura del “apoderado” ¹¹⁹ para aquellos AM que, por razones de impedimento físico o de lejanía a centros bancarios, no pueden cobrar personalmente estos recursos.
	Información poco prolija para informar este cambio para recibir los bonos	

¹¹⁹ Apoderado. “Permite a un tercero recibir autorización de un titular de una Pensión Básica Solidaria (PBS) de Vejez o Invalidez para que actúe en su representación frente al Instituto de Previsión Social (IPS). Con esto puede realizar el cobro o cualquier trámite relacionado con su pensión.”. Página WEB del IPS <http://www.ips.gob.cl/servlet/internet/content/1421810836558/autorizacion-apoderados-pbs>

Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales

Nombre Actividad	Hallazgo constatado en terreno	Modificación propuesta
Plan de intervención y Plan ocupacional y relación con la oferta	Escasos acuerdos nacionales para apoyar prioritariamente a los (as) AM del programa.	Priorizar acuerdos nacionales que favorezcan el acceso a los servicios de los(as) beneficiarios(as) Vínculo.
	Competencia dentro de los mismos beneficiarios(as) del SSyOO para acceder a la oferta preferente	Establecer dentro del Subsistema Seguridad y Oportunidad cupos preferentes para beneficiarios(as) de Vínculos.
	Escasa oferta a nivel nacional y local de servicios para los(as) AM.	SENAMA debiera liderar este proceso de acercamiento de ofertas para AM en todo el territorio.

Asistencia Técnica y Capacitación

Nombre Actividad	Hallazgos constatados en terreno	Modificación propuesta
<p>Capacitación y Asistencia Técnica</p>	<p>No se encontraron evidencias de capacitaciones con un currículo mínimo a abordar, con una secuencia establecida y con horas de capacitación que cada MC debiera cumplir obligatoriamente.</p> <p>Los Gestores SENAMA realizan AT a distancia y con baja presencia en terreno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Otorgar un número mínimo de temas y horas de capacitación para cada MC (3 sesiones de 8 horas cada una por año). Temas que se debieran considerar: metodología de trabajo con AM, Gerontología y Autocuidado (este último teniendo en vista la carga emocional que también involucra al profesional). - Estas jornadas debieran ser secuenciales, en que cada monitor(a) pasa por etapas y todos deben alcanzar un mínimo de horas de capacitación. - Las capacitaciones debieran ser evaluadas y los participantes debieran recibir un certificado. - Estas capacitaciones debieran ser presenciales y a distancia. - Como una forma de incentivar a los monitores(as), se podría establecer para aquellos que llevan un determinado tiempo en el programa (3 años) un diplomado en Gerontología mediante un convenio con alguna entidad académica.¹²⁰ <p>El apoyo en terreno del Gestor para supervisión debiera ser más importante. Se debe estudiar la carga horaria de apoyo mínimo que debe entregar cada Gestor por MC y de ahí considerar las horas adicionales que se requieran</p>

¹²⁰ En la experiencia comparada se tiene el caso de Argentina en que el año 2007, el Ministerio de Desarrollo Social, firmó un convenio con la Universidad Nacional de Mar del Plata, y se llevó adelante la formación de 750 profesionales en

Seguimiento y Generación de la Información para la gestión

1 Levantar una batería de indicadores para medir los componentes y resultados del programa: Así mismo, debe simplificarse reduciendo el número de indicadores y haciendo una clara separación entre aquellos que miden resultados de los que miden los bienes y servicios entregados. Estos indicadores deben constituirse en una guía básica para plantearse las reorientaciones metodológicas necesarias que miren el monitoreo y la evaluación como un proceso integrado a la intervención. Considerar dentro de este sistema responsables de su levantamiento, procesamiento y presentación.

A continuación, se proponen algunos criterios mínimos de registros de información que asegure el seguimiento adecuado de las intervenciones.

- i. Generar una estructura básica de indicadores de desempeño que abarquen las dimensiones de calidad, eficacia y eficiencia de los procesos/componentes y del propósito mismo de la intervención. Lo mismo, para las principales acciones relacionadas a cada uno de los componentes. Esta estructura debe ser una guía básica para plantearse las reorientaciones metodológicas que consideren el monitoreo y la evaluación como un proceso integrado a la intervención.
- ii. Asignar responsabilidades explícitas, tanto al proceso de levantamiento de información para la gestión, como para el procesamiento y presentación de la misma. en un formato agregado que permita alimentar los indicadores de desempeño y alcanzar mejoras en base a un proceso de retroalimentación.
- iii. Sin modificar sustancialmente el registro de las acciones de acompañamiento, construir un formato o sección específica de registro de información cerrada y cuantitativa que permita elaborar indicadores de gestión medibles y evaluables.
- iv. Establecer procedimiento que permita procesar, analizar y agregar la información cuantitativa procedente de la etapa de ejecución de la intervención.
- v. Generar informes anuales respecto de la cobertura de la intervención en términos de número de beneficiarios(as) totales y de intervenidos en cada uno de los componentes. Por intervenidos, se hace referencia a acompañados hasta el cierre en el caso del acompañamiento, de receptores de bonos en el caso de

un postgrado en gerontología. Este proceso de formación se realizó en tres cohortes, que se abrían cada dos años. Lo que se propone aquí es más limitado y circunscrito al ámbito del programa Vínculos. Ver Roqué, Mónica- Amaro, Sebastián. **La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Argentina**. En Sandra Huenchuan. Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos. CEPAL.2016, Págs. 109 a 149

transferencias y de acceso a prestaciones sociales en el caso del componente gestión de oferta.

- vi. Restar grados de subjetividad a la valoración del acompañamiento, haciendo que esta sea realizada por un actor distinto del MC.
- vii. Plantearse un camino metodológico para que el(la) MC pueda, oportunamente, resolver y modificar la intervención en base a los propios indicadores de gestión que pudiera ir generando durante los dos años que dura la intervención y en base, también, a su propia observación del proceso de acompañamiento.
- viii. De acuerdo a los antecedentes vistos y analizados, existe un proceso en levantamiento de buenas prácticas y de generación de un informe de mejoras al modelo de intervención. No obstante, no es claro cómo se internalizan y como se conduce el proceso posterior a ello. Al respecto, se debiera integrar dicha práctica como una acción de mayor relevancia y que pueda quedar bien registrada y consignada en un formulario estandarizado, asociado a indicadores específico de gestión y desempeño, y que se constituya en un insumo clave para la retroalimentación que requiere la intervención.

8. BIBLIOGRAFIA CITADA

Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones. **Informe Final**. 2015. Septiembre. Primera edición.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. **Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. "Protocolo de San Salvador"**. 17 de noviembre de 1988.

Consejo Nacional de Participación Ciudadana. **Informe Final. Estado de la participación ciudadana en Chile y propuestas de reforma a la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública**. 2017 enero.

Decreto 29 del 30-08-2013. **Aprueba Reglamento del artículo 4º de la ley nº 20.595, sobre otros usuarios del Subsistema de Protección y Promoción social "Seguridades y Oportunidades"**.

Dirección de Presupuesto. **Evaluación Ex-Post: Conceptos y Metodologías**. División de Control de Gestión, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile. Santiago, junio 2015.

Durston, John. **El clientelismo político en el campo chileno** (primera parte). Ciencias Sociales Online, marzo 2005, Vol. II, No. 1 (1-30). Universidad de Viña del Mar-Chile

Etxeberria Mauleon, Xabier. **Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad**. En Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. Sandra Huenchuan, y, Rosa Icela Rodríguez Editoras. 2014. CEPAL- CDMEX. Páginas 61 a 70.

Huneus, Cristóbal – Repetto, Andrea. **Los desafíos pendientes del Ingreso Ético Familiar**. 2013 marzo

Ley 20595. **Crea el Ingreso Ético Familiar que establece bonos y transferencias condicionadas para las familias de pobreza extrema y crea Subsidio al empleo de la mujer**. Publicación 17-05-2012

Libertad y Desarrollo. **Focalización de la Política Social en el nuevo Registro Social de Hogares (RSH)** .Temas Públicos. www.lyd.org Nº 1.298 - 2 2017 abril

Ministerio de Desarrollo Social. **Apoyo Integral al Adulto Mayor Vínculos - SSy OO. Informe de Seguimiento de Programas Sociales**. (Cierre al 31 - diciembre - 2017)

Ministerio de Desarrollo Social. **Cuadernillo de profundización diagnóstica 1° año 11 versión**

Ministerio de Desarrollo Social. **Guía de aplicación Instrumento de Diagnóstico Eje Programa Vínculos 2016.**

Ministerio de Desarrollo Social. **Guía de beneficios sociales 2017.**

Ministerio de Desarrollo Social. **Informe de Desarrollo Social 2016.**

Ministerio de Desarrollo Social. **Orientaciones Etapa Diagnóstico -Eje. Programa Vínculos 2017**

Ministerio de Desarrollo Social. **Orientaciones Metodológicas para el Acompañamiento Integral. Programa Vínculos.** 2018 enero.

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. **Estudio sobre brechas legales en Chile para la implementación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.** 2017 diciembre

Raczynsky, Dagmar. **Focalización de Programas Sociales: Lecciones de la Experiencia Chilena.** En Joaquín Vial y otros. Políticas económicas y Sociales en el Chile Democrático. CIEPLAN. 1995

Rodríguez, Rosa Icela. **El Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México.** En Sandra Huenchuan. Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos. CEPAL. 2016. Págs. 75 a 108

Roqué, Mónica- Amaro, Sebastián. **La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Argentina.** En Sandra Huenchuan. Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos. CEPAL.2016, Págs. 109 a 149

Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. **Declaración de Brasilia.** Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007

SENAMA. **Instrumento de Registro Plan de Asistencia Técnica Nacional.** Programa Vínculos 10° y 11 Versión. 2017 junio

Silva Corrêa, Cristina. **Incidencia de las características de la red de apoyo en la ayuda total recibida por las personas mayores.** Notas de Población N° 103. 2016 julio-diciembre. Páginas 191 a 205.

Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. **Estudio Identificación de Territorios Aislados**. 2011

Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, 8 al 11 de mayo de 2012. **Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe**.

Thumala, D., Arnold, M., Massad, C., Herrera, F. **Inclusión y Exclusión social de las personas mayores en Chile**. SENAMA – FACSO U. de Chile. 2015. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Universidad de Chile. Facultad de Economía y Negocios. **Registro Social de Hogares. La solución innovadora del Ministerio de Desarrollo Social**. Laboratorio de Gobierno. 2018

Valenzuela C, Eduardo. **Comentarios**. En Universidad Católica de Chile – Caja Los Andes. Chile y sus mayores. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez. 2017.

9. ANEXOS

9.1. Población y Focalización

9.1.1. Criterios de Priorización aplicados para Nómina 2017

Los criterios de prelación (o priorización) se construyen en función de los criterios que identifican de la población potencial y objetivo, incorporando año a año, aspectos que mejoren la priorización de posibles beneficiados. Los criterios aplicados para la generación de nómina 2017 fueron¹²¹:

- Condición de pobreza: Variable categórica, que clasifica a las personas en cuatro grupos, de mayor a menor prioridad de selección. Estos grupos son:
 - 1) Encontrarse bajo la Línea de la Pobreza Extrema (LPE) y dentro del 10% más vulnerable según RSH;
 - 2) encontrarse bajo la LPE y dentro del 20% más vulnerable según RSH;
 - 3) encontrarse bajo la Línea de la Pobreza (LP) y dentro del 10% más vulnerable; y
 - 4) encontrarse bajo la LP y dentro del 20% más vulnerable.

- Condición de salud: Variable categórica, que otorga prioridad según el siguiente orden:
 - 1) personas sin condición de salud de largo plazo¹²² o con condición de salud de largo plazo, pero autovalentes;
 - 2) con dependencia leve;
 - 3) con dependencia moderada;
 - 4) con dependencia severa;
 - 5) con discapacidad mental o psíquica.

- Tramo UV¹²³: Variable categórica equivalente a 1 si es que la concentración de personas de la población potencial sin condición de salud de largo plazo o con condición de salud de largo plazo pero autovalentes, por unidad vecinal, es mayor o igual a la cobertura asignada para la comuna; a 2 si es menor a la cobertura y mayor o igual al 75% de ésta; 3 si es menor al 75% y mayor o igual al 50%; 4 si es menor al 50% y mayor o igual al 25%; y 5 si es menor al 25%.
Esta variable asume un orden de prioridad ascendente.

- Composición del hogar: Variable categórica, que otorga mayor prioridad a hogares unipersonales, luego a hogares bipersonal con acompañante de 65 años o más, luego a hogares bipersonal con acompañante entre 18 a 64 años, y finalmente a hogares bipersonal con acompañante menor de 18 años.

¹²¹ Memo N°99/2017 de la División Promoción y Protección Social a la División de Políticas Sociales, la construcción de la nómina Vínculos 2017.

¹²² Si bien no hay definición explícita, la condición de salud de largo plazo hace referencia a una situación médica crónica o permanente que afecte negativamente en el grado de autonomía y autovalencia de la persona.

¹²³ UV = Unidad Vecinal. Sin embargo, la condición hace referencia a un criterio económico de concentración de la Población Potencial requeridos para la ejecución del programa.

- Situación ocupacional: Variable categórica, en que la prioridad va decreciendo de acuerdo con el siguiente orden:
 - 1) personas sin pensión y sin ingreso laboral;
 - 2) sin pensión y con ingreso laboral;
 - 3) con pensión y sin ingreso laboral;
 - 4) con pensión y con ingreso laboral.

- Carencia de Servicios Básicos: Variable dicotómica. Se definió un hogar carente como aquel que reside en una vivienda sin acceso de agua potable procedente de red pública (área urbana) o sin agua potable procedente de red o sistema de distribución proveniente de fuentes superficiales o subterráneas (área rural); y que además tiene llave de agua fuera de la vivienda y/o no tienen servicio de eliminación de excretas adecuado (solución diferente a W.C. conectado a alcantarillado o fosa séptica). Se priorizan los hogares carentes.

- Edad: Variable continua en que la mayor prioridad se da a las personas de mayor edad.

- Ingreso equivalente: Variable continua que corresponde al ingreso utilizado para la construcción de la Calificación Socioeconómica del RSH, que corresponde al ingreso familiar corregido por un índice de necesidades y un test de medios.

- Última prioridad: Variable dicotómica que sitúa al final de la prelación a las personas con estado Inubicable en la nómina Vínculos 2015; que se encuentren dentro de la nómina Vínculos 2013 y que posean una discapacidad mental o psíquica. Esta variable se modifica año a año.

9.1.2. Indicadores para la priorización ASL 2017.

Cuadro 11. Indicadores para la priorización ASL 2017.

Dimensión	Condiciones / Indicadores
Ocupación	OC2 El Adulto Mayor se relaciona con personas de su entorno.
	El Adulto Mayor, si así lo desea, puede salir de su domicilio para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, ir de compras o de paseo con otras personas o asistir a una organización de su interés.
	El Adulto Mayor se pudo comunicar por teléfono con amigos, familiares u otros durante la última semana.
	El Adulto Mayor cuenta con personas de confianza a quienes visita en su casa.
	El Adulto Mayor cuenta con personas que lo visitan.
	El Adulto Mayor cuenta con quien o quienes realizar celebraciones (cumpleaños, fiestas, etc.) u organizar otras actividades de su interés.
	El Adulto Mayor cuenta con alguien que lo apoye en caso de necesitarlo. Para acudir a controles de salud, tareas domésticas, etc.
	El Adulto Mayor sabe dónde ir si necesita ayuda social (pensión, acceso a apoyo para alimentos, necesidad habitacional).
	El Adulto Mayor, si así lo desea, puede salir de su domicilio para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, ir de compras o de paseo con otras personas o asistir a una organización de su interés.
	OC3 El Adulto Mayor estructura una rutina diaria a partir de sus intereses.
	El Adulto Mayor desarrolla ocupaciones de forma regular, a partir de sus intereses e inquietudes.
	El Adulto Mayor sabe dónde concurrir si quiere realizar alguna de esparcimiento o actividad de tiempo libre: taller de manualidades, ejercicios, pintura, etc.
	El Adulto Mayor sabe dónde concurrir si quiere participar en organizaciones de su interés (asociaciones, voluntariado, de iglesia, deportivas, recreativas, etc.).
	El Adulto Mayor accede, en caso de interesarle, a talleres y/o actividades de recreación; formación personal; actividades culturales; alfabetización digital u otras, con otras personas de su edad.
	OC4 El Adulto Mayor, si lo desea, participa en actividades productivas remuneradas y no remuneradas de su interés.
	El Adulto Mayor, si se le presenta la oportunidad, realiza alguna actividad para aumentar sus ingresos.
	El Adulto Mayor realiza, si se le presenta la oportunidad y le interesa, un trabajo no remunerado, por ejemplo voluntariado, acciones solidarias, etc.
	El Adulto Mayor, si lo desea, participa en actividades educativas y/o de capacitación en oficios en forma individual o a través de una organización.

Dimensión	Condiciones / Indicadores
Autonomía	AU1: El Adulto Mayor promueve su derecho a la toma de decisiones sobre su vida
	El Adulto Mayor es capaz de tomar decisiones.
	El Adulto Mayor decide y planifica libremente las actividades que hacer durante el día.
	El Adulto Mayor decide qué hacer con su tiempo libre.
	El Adulto Mayor, si lo decide y cuenta con las condiciones, puede ir a los lugares que sean de su interés.
	El Adulto Mayor maneja y administra su propio dinero.
	El Adulto Mayor siente que se respeta su voluntad en el caso de que necesite apoyo de otras personas para alguna actividad de su vida (alimentación, vestuario, higiene, compras, traslados, salidas, visitas, tratamientos, etc.).
	El Adulto Mayor cuenta con información sociopolítica y decide por sí mismo si ejerce su derecho a voto.
	El Adulto Mayor, si así lo desea, participa en reuniones para tratar temas del barrio (en la Junta de Vecinos, Municipalidad, en el pasaje, etc.).
	El Adulto Mayor reconoce sus recursos personales y familiares, así como los recursos institucionales y comunitarios presentes en el territorio.

Fuente: Criterios de Priorización para participar en el Acompañamiento Socio laboral. Convocatoria Nº12. Ministerio de Desarrollo Social.

9.1.3. Bases de Datos recibidas del MDS para el Desarrollo del Estudio.

Para el desarrollo de este informe se solicitó al Programa Vínculos la siguiente información:

- a) Base de datos innominada de beneficiarios(as) desde el año 2014 al año 2017, incorporando para ellos:
- Todos los campos presentes en el Registro Social de Hogares (RSH),
 - La información adicional que levanta el Programa Vínculos en el ejercicio de sus labores,
 - Las prestaciones que recibe cada beneficiario(a).
 - El año de ingreso al programa
 - Si se encuentra vigente, egresado o si renunció, en este último caso, un campo que señale el tipo de motivo,
- b) Base de datos innominada de personas (y su hogar) inscritas en el Registro Social de Hogares, que durante el periodo 2014 -2017 hayan tenido 65 años o más, y que se encuentren en el 40% de población más vulnerable de acuerdo con CSE del RSH. Se solicitó que esta BD contenga:
- Todos los campos presentes en el Registro Social de Hogares.
 - Todas las variables incluidas en proceso de prelación de la nómina del Programa Vínculos.
 - Un campo que señale si la persona pertenece al 10%, 20%, 30% o 40% de población más vulnerable de acuerdo con CSE del RSH.
 - Un campo que identifique si la persona formó parte de la nómina anual del Programa Vínculos en algunos de los años en análisis (2014-2017).
 - Las prestaciones sociales, ya sean asistencia, transferencias, o subsidios, que recibe cada persona, en caso de que reciba alguna.

Por otra parte, y con el objetivo de analizar los posibles errores de inclusión y exclusión, se solicitó que ambas bases vengan consolidadas, integradas, es decir, que ambas estén en una sola base de datos.

A esta solicitud se recibieron los siguientes archivos:

Nombre Archivo	Campos o variables	Registros	Descripción del contenido
Nomina Vínculos 2016_ESTUDIO.csv	23	1.601.194	Estas bases entregan información dicotómica o categórica respecto de las condiciones de participación de las personas (criterios de focalización y algunos criterios de priorización, como la condición de salud de largo plazo, y el acceso a servicios básicos). Solo 382.851 registros 2016 y 482.896 registros 2017 cuentan con información en todos los campos.
Nomina Vínculos 2017_ESTUDIO.csv	24	1.690.774	

Nombre Archivo	Campos o variables	Registros	Descripción del contenido
VINC_2016_2017_ BENEF_2014_2017.csv	4	5.160.821	Esta base contiene registro de todas las prestaciones sociales que han recibido los(as) beneficiarios(as) de los años 2014 al 2017, durante el periodo 2014-2017, con excepción del componente ASL del Programa Vínculos, el cual no es identificado.
VINCULOS 2014_20180502_INN.csv	53	11.239	Estas bases entregan información para caracterización de los(as) beneficiarios(as).
VINCULOS 2015_20180502_INN.csv	53	11.261	
VINCULOS 2016_20180502_INN.csv	56	11.261	
VINCULOS 2017_20180502_INN.csv	56	11.200	
DICC_BENEF.xlsx			Diccionario BD VINC_2016_2017_BENEF_2014_2017.csv
DICC_VAR_NOMINAS.xlsx			Diccionario BDs NominaVinculos2016_ESTUDIO y NominaVinculos2016_ESTUDIO
DICC_VAR_VINC_ 2014_2017_INNOM.xlsx			Diccionario BDs: VINCULOS 2014_20180502_INN, VINCULOS 2015_20180502_INN, VINCULOS 2016_20180502_INN, y VINCULOS 2017_20180502_INN

9.1.4. Caracterización Población Potencial

De la distribución regional, puede constatar que para el año 2016 las regiones que concentraron un mayor número de población objetivo fueron la Región Metropolitana con un 30,82% equivalente a 111.490 personas, seguido de la Región del Biobío y la Región de Valparaíso, los cuales cuentan con 14,27% y 10,13% respectivamente. Consistentemente con la concentración nacional de la población en estas regiones.

Cuadro 12. Distribución Regional año 2016 de adultos(as) mayores en condición de pobreza

Región	Nombre Región	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
15	Región de Arica y Parinacota	4.554	1,26%	1,26%
1	Región de Tarapacá	3.829	1,06%	2,32%
2	Región de Antofagasta	4.920	1,36%	3,68%
3	Región de Atacama	4.866	1,35%	5,02%
4	Región de Coquimbo	16.399	4,53%	9,56%
5	Región de Valparaíso	36.636	10,13%	19,68%
13	Región Metropolitana de Santiago	111.490	30,82%	50,50%
6	Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins	21.058	5,82%	56,32%
7	Región del Maule	30.490	8,43%	64,75%
8	Región del Biobío	51.638	14,27%	79,02%
9	Región de La Araucanía	32.470	8,98%	88,00%
14	Región de Los Ríos	12.714	3,51%	91,51%
10	Región de Los Lagos	25.112	6,94%	98,46%
11	Región Aisén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	2.655	0,73%	99,19%
12	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	2.932	0,81%	100,00%
Total		361.763	100,00%	

Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

En el año 2017, el orden de la importancia numérica de las regiones se mantiene, ya que las regiones con mayor concentración sigue siendo la Región Metropolitana con un 33,77% equivalente a 163.083 personas, seguido de la Región del Biobío y la Región de Valparaíso con un 13,12% y 10,98% respectivamente.

Cuadro 13. Distribución Regional año 2017 de adultos(as) mayores en condición de pobreza

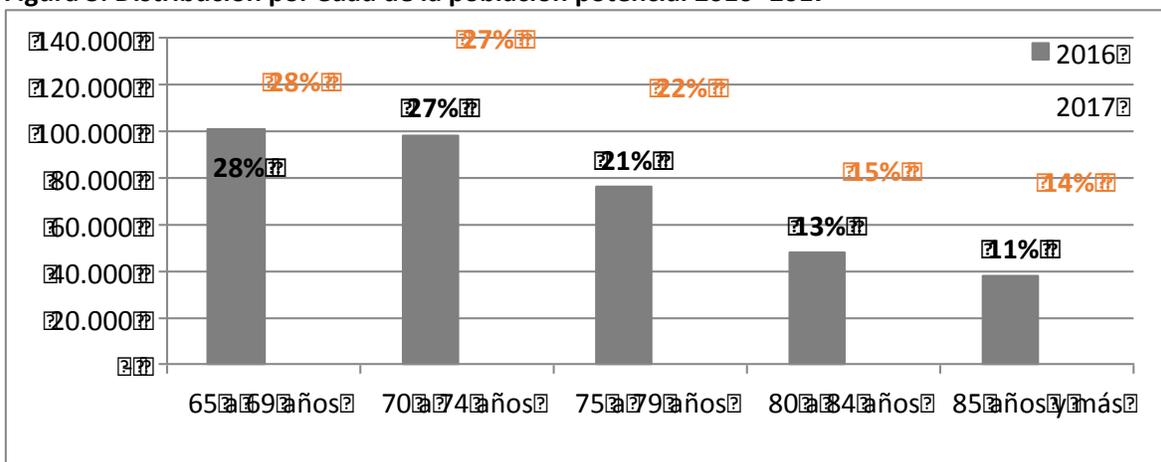
Región	Des_Region	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
15	Región de Arica y Parinacota	6.396	1,32%	1,32%
1	Región de Tarapacá	5.541	1,15%	2,47%
2	Región de Antofagasta	6.512	1,35%	3,82%
3	Región de Atacama	6.479	1,34%	5,16%
4	Región de Coquimbo	22.510	4,66%	9,82%
5	Región de Valparaíso	52.999	10,98%	20,80%
13	Región Metropolitana de Santiago	163.083	33,77%	54,57%
6	Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins	28.723	5,95%	60,52%

Región	Des_Region	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
7	Región del Maule	39.843	8,25%	68,77%
8	Región del Biobío	63.340	13,12%	81,89%
9	Región de La Araucanía	36.112	7,48%	89,36%
14	Región de Los Ríos	16.124	3,34%	92,70%
10	Región de Los Lagos	28.894	5,98%	98,69%
11	Región Aisén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	2.473	0,51%	99,20%
12	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	3.867	0,80%	100,00%
Total		482.896	100,00%	

Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Al segmentar la población potencial por grupo de edad, se observa que entre los 65 y 74 años se concentra el 55%. El 11% y 14% de la población potencial de los años 2016 y 2017 respectivamente, tiene 85 años o más.

Figura 3. Distribución por edad de la población potencial 2016- 2017

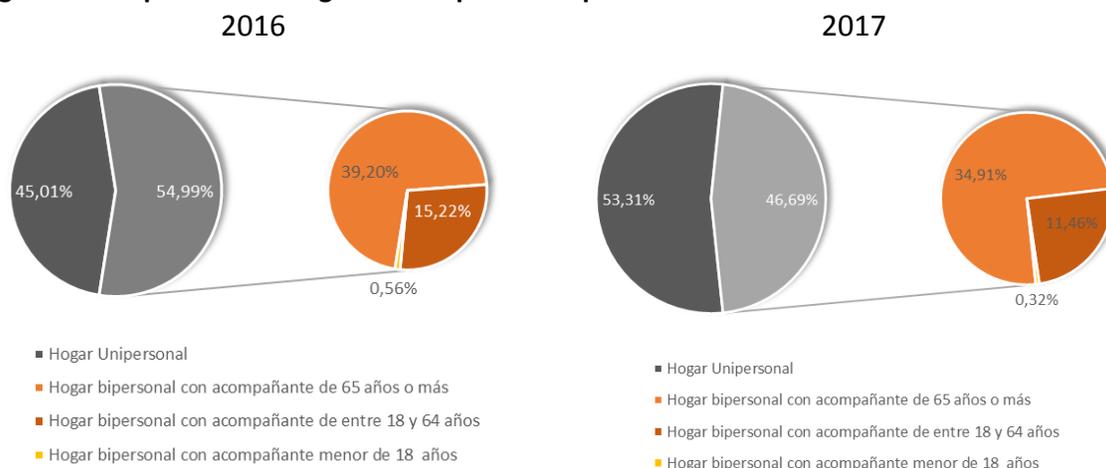


Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Del total de los(as) AM del año 2016, el 45,01% viven solos, de la población restante se puede observar que el 39,20% conviven el hogar con otro acompañante mayor a 65 años, seguido por un 15,22% que vive con un acompañante mayor de edad, pero no AM mayor. El 0,56% convive con menor de edad.

Para el año 2017, los(as) AM que cuentan con las características de la población potencial, el 53,31% viven en hogares unipersonales. De aquellos que viven con un acompañante, el 34,91% comparte el hogar con personas mayores a 65 años, el 11,46% con un(a) adulto(a) que fluctúa entre las edades de 18 a 64 años, y tan solo el 0,32% convive con un menor de edad.

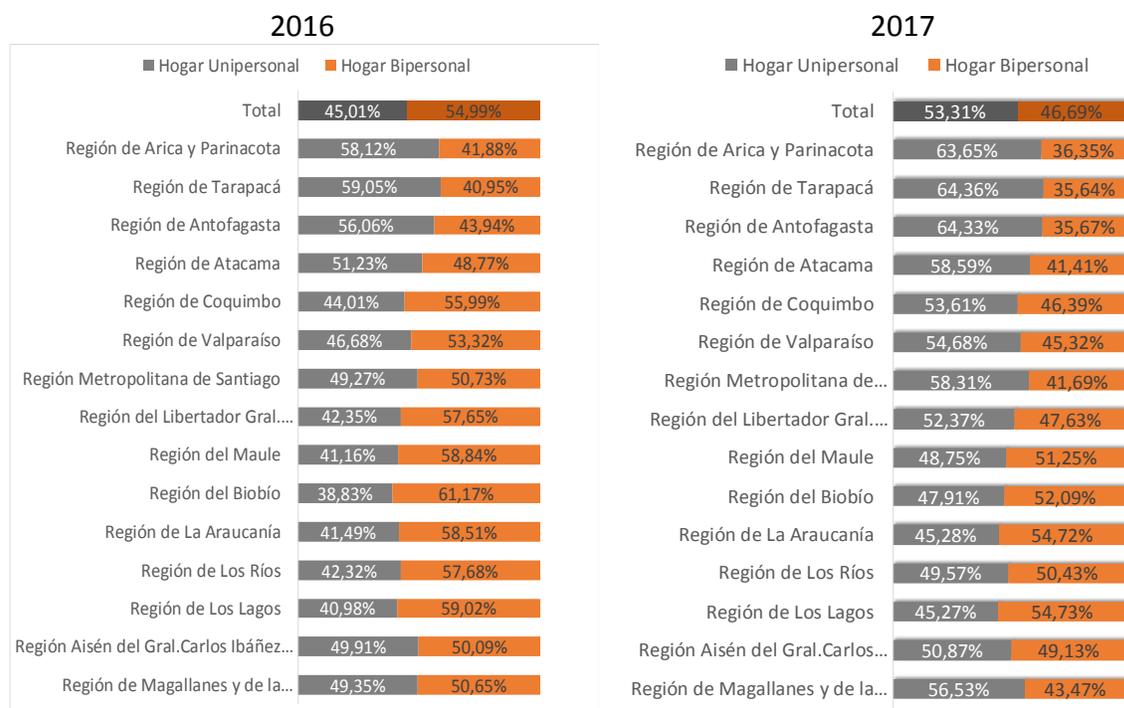
Figura 4. Composición de hogares de la población potencial año 2016- 2017



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Tanto para el año 2016 como 2017, se observa que en las regiones del norte de Chile hay un mayor porcentaje de población potencial que vive sola, mientras que en las regiones del sur de Chile predominan AM que viven acompañados.

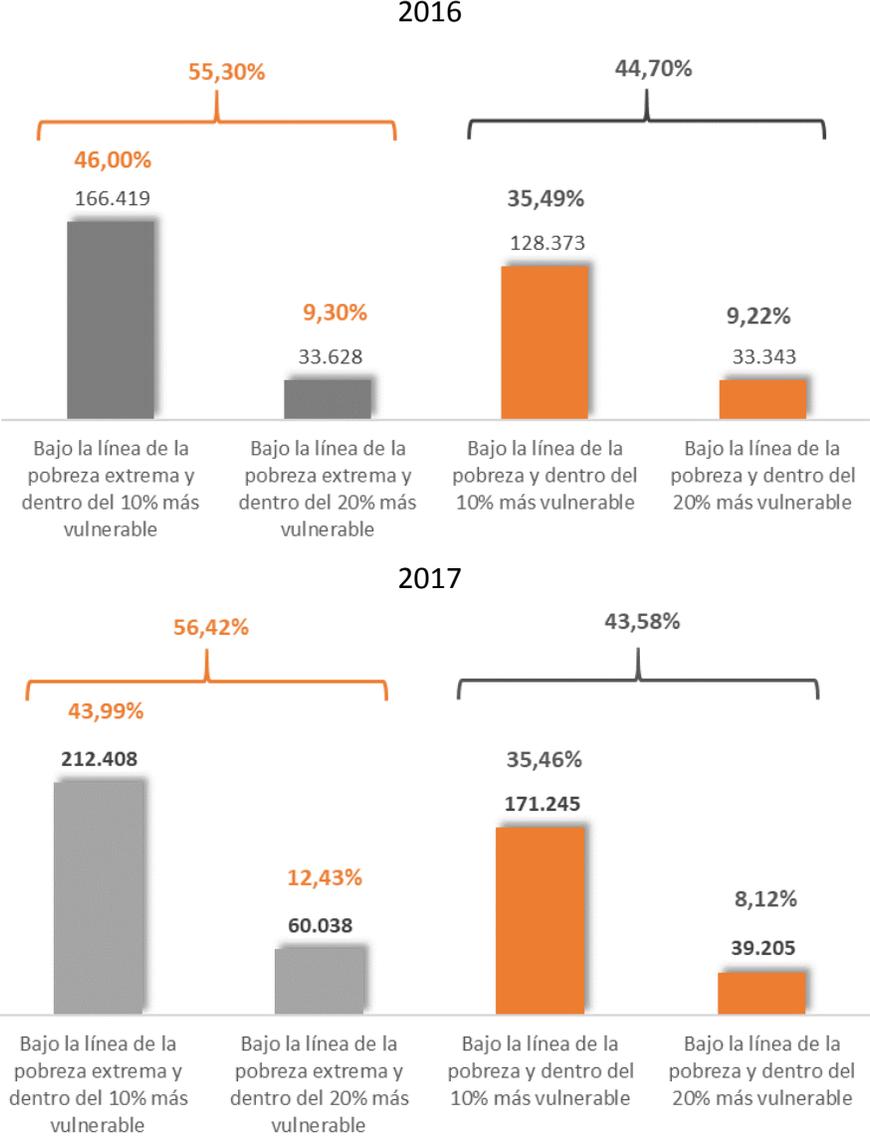
Figura 5. Distribución regional de la composición de hogar para la población potencial año 2016 - 2017



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Un 55,3% de la población potencial del año 2016 se encontraba en condición de pobreza extrema, un 46,0% en el 10% más vulnerable y un 9,3% entre el 10% y el 20% más vulnerable. Aquellos que se ubican bajo la línea de pobreza no extrema comprenden el 44,7%, concentrando el 35,49% dentro del 10% más vulnerable.

Figura 6. Condición de Pobreza de la población potencial año 2016- 2017



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Al considerar la condición de pobreza en el año 2017, se observa que el 56,42% de la población se encontraba bajo la línea de la pobreza extrema, del cual el 43,99% se encontraba dentro del 10% más vulnerable.

Al segmentar la condición de pobreza por tramo de edad durante el año 2016, los AM menores a 75 años son los que explican el mayor porcentaje de vulnerabilidad.

Cuadro 14. Distribución de condición de pobreza por edad de la población potencial año 2016

.	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 años y más
Bajo la línea de la pobreza extrema y dentro del 10% más vulnerable	44.014	46.241	36.106	22.150	17.908
Bajo la línea de la pobreza extrema y dentro del 20% más vulnerable	12.071	8.714	6.100	3.751	2.992
Bajo la línea de la pobreza y dentro del 10% más vulnerable	34.004	34.856	27.479	18.051	13.983
Bajo la línea de la pobreza y dentro del 20% más vulnerable	11.256	8.661	6.361	3.918	3.147

Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

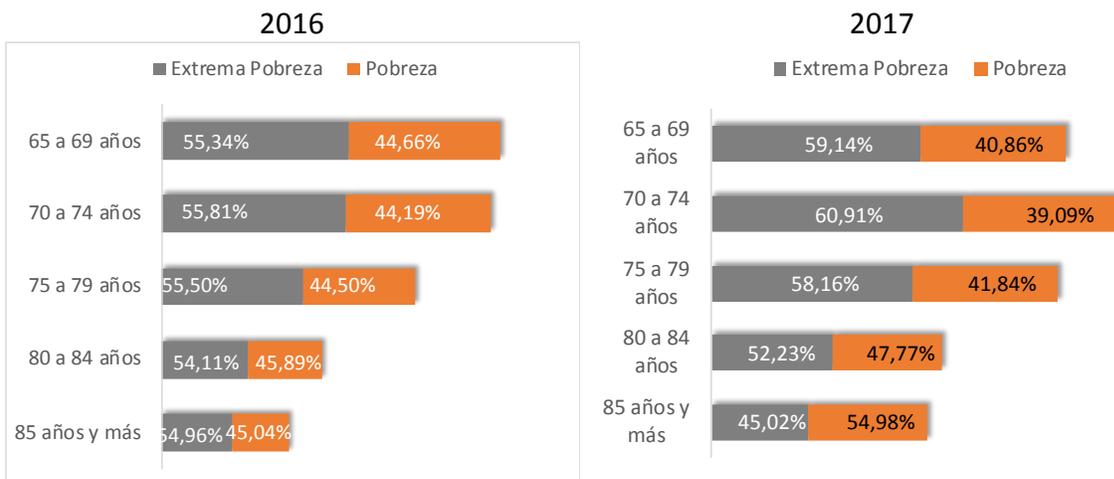
Cuadro 15. Distribución de condición de pobreza por edad de la población objetivo año 2017

.	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 años y más
Bajo la línea de la pobreza extrema y dentro del 10% más vulnerable	46.656	61.563	50.049	30.112	24.028
Bajo la línea de la pobreza extrema y dentro del 20% más vulnerable	18.200	16.448	12.221	7.137	6.032
Bajo la línea de la pobreza y dentro del 10% más vulnerable	32.826	39.487	37.182	29.320	32.430
Bajo la línea de la pobreza y dentro del 20% más vulnerable	11.989	10.585	7.606	4.750	4.275

Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Para el año 2017, se puede ver que para aquellos que se encuentran en el 10% más vulnerable, tanto bajo la línea de pobreza extrema como de pobreza, los(as) AM entre los 70 a los 79 años son los que más prevalecen, a diferencia de los(as) AM que se encuentran dentro del 20% más vulnerable, entre quienes prevalecen los que tienen edades entre los 65 a 74 años.

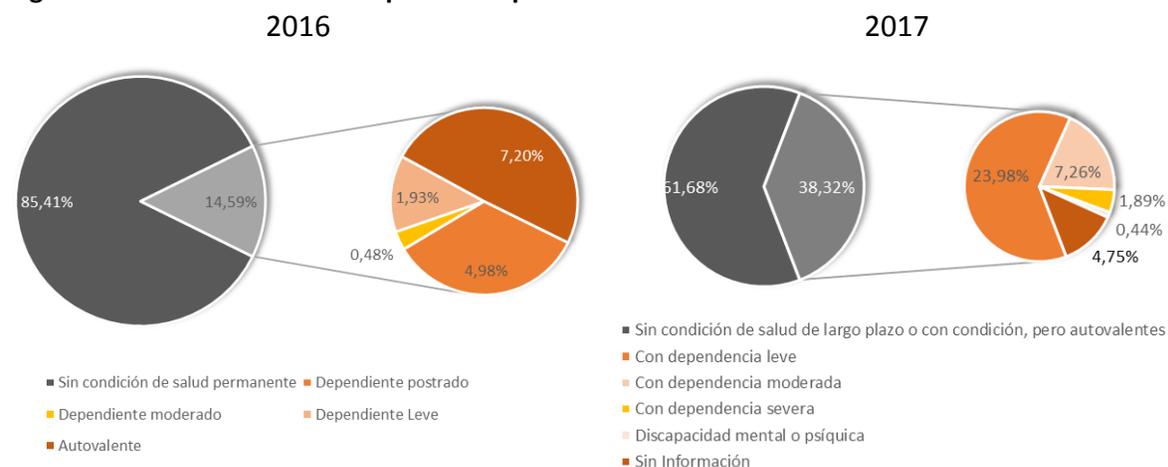
Figura 7. Distribución de condición de pobreza por edad de la población potencial año 2016-2017



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

En la figura se puede observar que, en todos los grupos de edad de la población potencial, predominan los(as) AM que presentan condición de extrema pobreza.

Figura 8. Indicador de salud de población potencial año 2016-2017

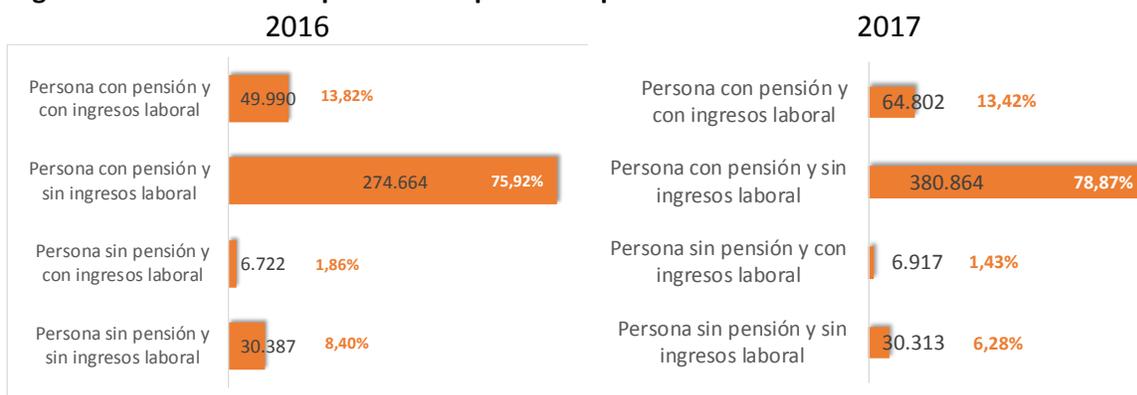


Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

El 85,41% de la población objetivo del año 2016 no tenía alguna condición de salud permanente. De aquellos con problemas de salud, un 7,20% eran autovalentes, el 4,98% tenía dependencia (se encontraban postrados), y el 2,42% se encontraba en condición de dependencia leve o moderada.

Respecto de la población potencial del año 2017, se observa que el 61,68% se encontraba sin condición de salud a largo plazo o con condición, pero autovalente¹²⁴, de la población restante el 23,98% tenía una dependencia leve, un 7,26% dependencia moderada, el 1,89% tenía dependencia severa y el 4,75% no se posee información al respecto.

Figura 9. Situación de ocupación de la población potencial año 2016-2017



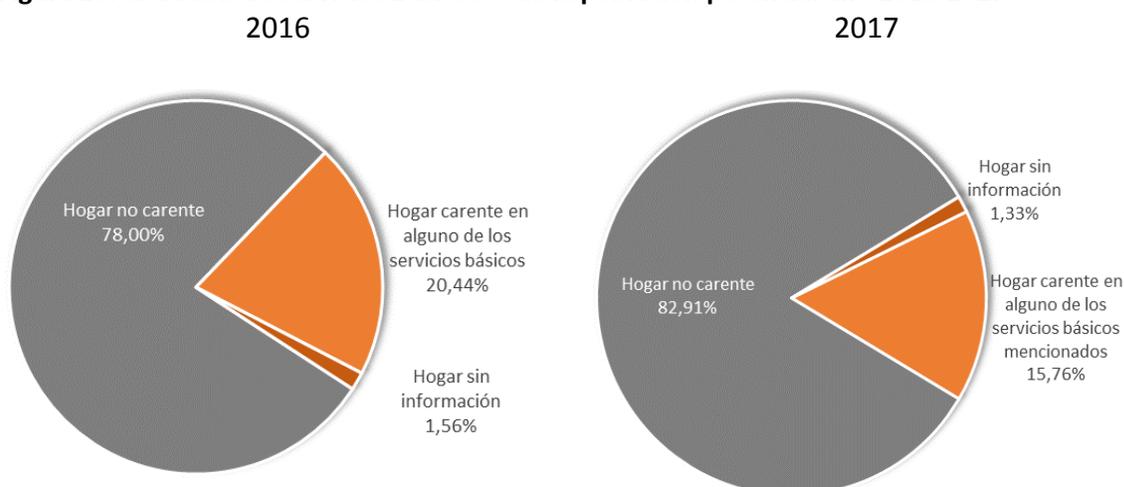
Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

De la situación ocupacional para el año 2016, el 75,92% son personas que percibían pensión pero que no tenían ingresos laborales, para el año 2017 este porcentaje es del 78,87%. Los(as) AM que contaban con pensión y además percibían ingresos laborales, correspondían al 13,82% en el 2016 y del 13,42% en el año 2017. Las personas que no tenían pensión ni ingresos laborales, alcanzaban el 8,4% para el año 2016 y del 6,3% para el 2017.

En el año 2016, el 78% de los(as) AM habitaban viviendas que contaban con los servicios básicos, subiendo este porcentaje al 82,9% para el año 2017. Los que carecían alguno de los servicios básicos alcanzaban al 20,44% en el año 2016 y el 15,8% el año 2017.

¹²⁴ Por condición de salud de largo plazo, se hace referencia a si el Adulto Mayor posee alguna condición de salud que impacta negativamente en su autonomía y que, por lo tanto, pueda constituir una limitación para su participación en el Programa.

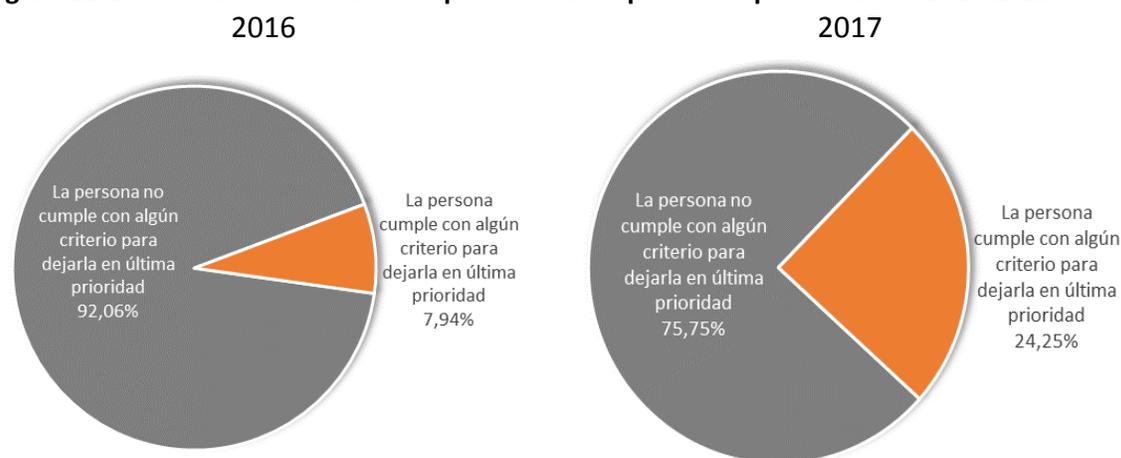
Figura 10. Situación de Servicios Básicos¹²⁵ de la población potencial año 2016-2017



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Del total de la población potencial del año 2016, un 7,94% cumplía algún criterio para ser última prioridad para el ingreso al programa¹²⁶, el año 2017 este porcentaje fue de 24,25%

Figura 11. Distribución de criterios de prioridad de la población potencial año 2016-2017



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

¹²⁵ Los criterios para definir si una vivienda cuenta con servicios básicos son:

- Vivienda tiene acceso de agua potable procedente de red pública (área urbana)
- Agua potable procedente de red o sistema de distribución proveniente de fuentes superficiales o subterráneas (área rural)
- Tiene llave de agua fuera de la vivienda y/o no tienen servicio de eliminación de excretas adecuado (solución diferente a W.C. conectado a alcantarillado o fosa séptica).

¹²⁶ La definición de "última prioridad" la establece el Programa cada año en el marco de los criterios de priorización de la Nómina.

Considerando las personas que son última prioridad para ingresar al programa, la condición de salud mental o psíquica fue la que más prevaleció el año 2016. El año 2017, el motivo de haber sido inubicable en las nóminas anteriores o haber interrumpido su participación en un programa anterior, alcanzó mayor relevancia.

Cuadro 16. Distribución condiciones de última prioridad, población potencial 2016

	Persona que ha finalizado intervención en Vínculos 2013	Personas inubicables en la nómina de Vínculos 2015	Persona que ha finalizado intervención en Familia	La persona posee alguna condición de salud mental o psíquica
Persona que ha finalizado intervención en Vínculos 2013	6.545			
Personas inubicables en la nómina de Vínculos 2015	-	3.993		
Persona que ha finalizado intervención en Familia	11	-	494	
La persona posee alguna condición de salud mental o psíquica	182	118	22	18.018

Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

El año 2017 el motivo de poseer alguna condición de salud mental o psíquica correspondía al tercer criterio en importancia para ser última prioridad, con 22.959 casos

Cuadro 17. Distribución condiciones de última prioridad, población potencial 2017

	Condición de salud mental o psíquica	Inubicable en las nóminas anteriores o interrumpió su participación en un programa	Vivienda del tipo hospedería, colectiva o caleta o punto de calle	Dirección incompleta y no permite ubicarla	Misma dirección de 2 o más hogares
Condición de salud mental o psíquica	22.959				
Inubicable en las nóminas anteriores o interrumpió su participación en un programa	454	24.058			
Vivienda del tipo hospedería, colectiva o caleta o punto de calle	2.372	121	5.955		
Dirección incompleta y no permite ubicarla	2.306	5.001	524	74.158	
Misma dirección de 2 o más hogares	-	-	-	-	494

Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

De la población potencial del año 2016, el 33,26% vivía en unidades vecinales que contaban con una concentración de población potencial mayor a la cobertura asignada

para la comuna. El 45,73% pertenecía a unidades vecinales con concentración de población potencial inferior al 50% de la cobertura asignada.

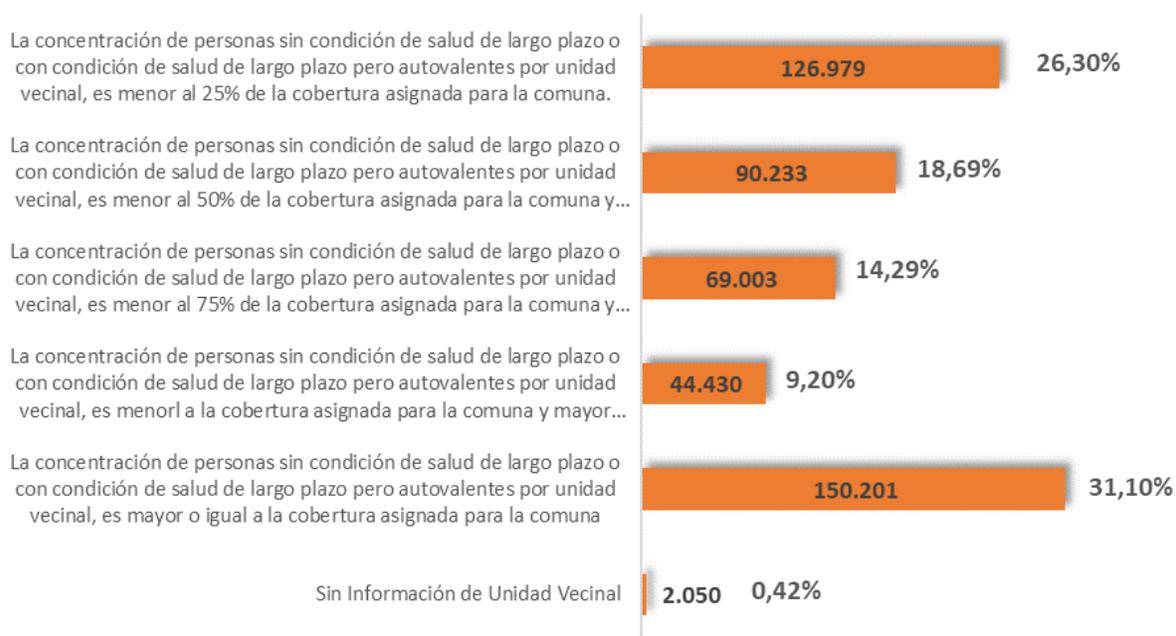
Figura 12. Concentración por Unidad Vecinal según condición de salud año 2016



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social.

Para el año 2017, se observa que el 31,1% pertenecía a unidades vecinales que contaban con una concentración de población potencial mayor a la cobertura asignada para la comuna, y el 45% pertenecía a unidades vecinales con concentración de población potencial inferior al 50% de la cobertura asignada.

Figura 13. Concentración por Unidad Vecinal según condición de salud año 2017



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

9.1.5. Caracterización Población Beneficiaria 2014

Las regiones que concentran más Adultos Mayores de la población beneficiaria 2014 son la Región Metropolitana con 35%, seguido de la Región del Biobío el cual concentra el 11,8% y la Región de Valparaíso con 9,5% del total de la población.

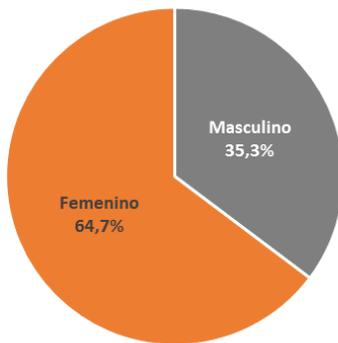
Cuadro 18. Distribución Región de la Población Objetivo de 2014

Región	Des_Región	2014	
		Frecuencia	Porcentaje
15	Región de Arica y Parinacota	158	1,4%
1	Región de Tarapacá	209	1,9%
2	Región de Antofagasta	165	1,5%
3	Región de Atacama	223	2,0%
4	Región de Coquimbo	359	3,2%
5	Región de Valparaíso	1.069	9,5%
13	Región Metropolitana de Santiago	3.931	35,0%
6	Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins	597	5,3%
7	Región del Maule	785	7,0%
8	Región del Biobío	1.329	11,8%
9	Región de La Araucanía	1.034	9,2%
14	Región de Los Ríos	321	2,9%

10	Región de Los Lagos	869	7,7%
11	Región Aisén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	109	1,0%
12	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	81	0,7%
Total		11.239	100,0%

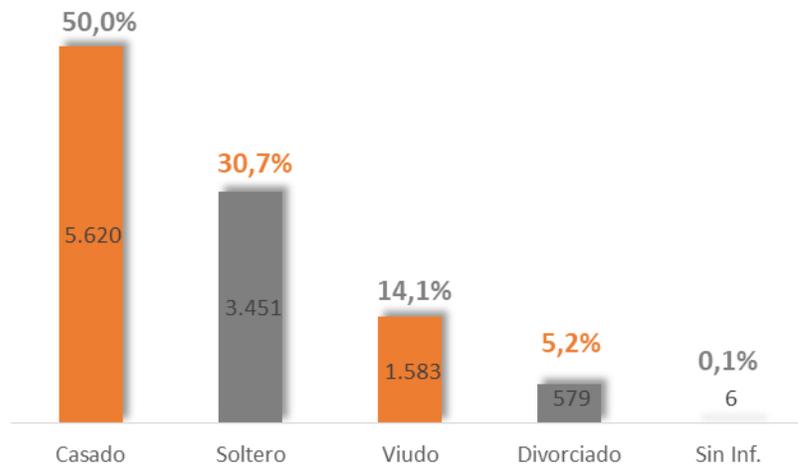
Del total de la población beneficiaria el 64,7% fueron mujeres y el 35,3% hombres.

Figura 14. Distribución de Género de la Población Objetivo de 2014.



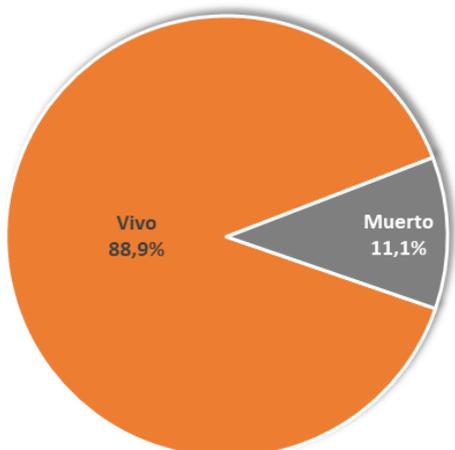
El 50% de los Adultos Mayores se encontraba casado, seguido del 30,7% correspondiente a los solteros, el 14,1% eran viudos, 5,2% se declararon divorciados, y para 0,1% no se posee información.

Figura 15. Distribución de estado civil de la Población Objetivo de 2014.



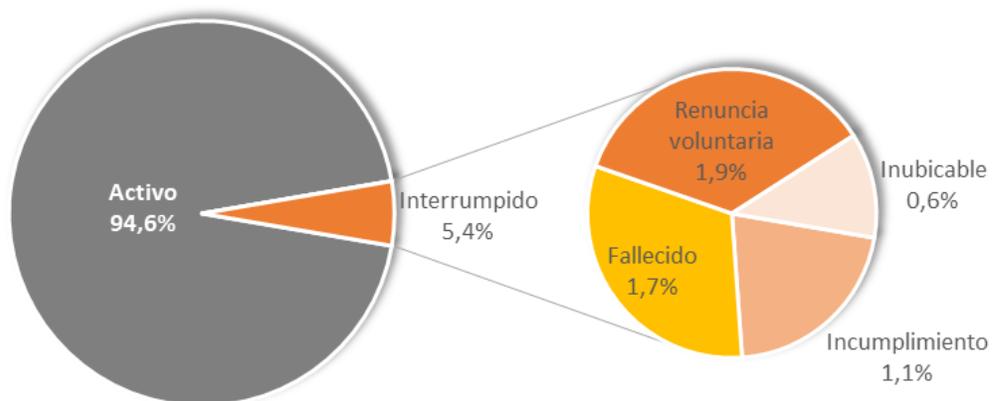
Del total de la población el 88,9% se encuentra vivo, el 11,1% se informa que se encuentra fallecido.

Figura 16. Distribución de la runificación de la Población Objetivo de 2014.



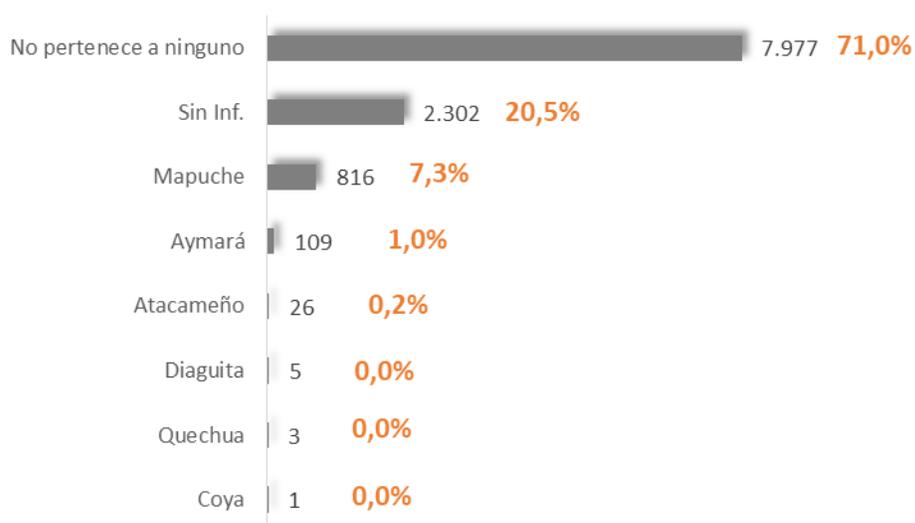
El 5,4% interrumpió el proceso de acompañamiento. Las causas de la interrupción se debieron en 1,9% a renuncia voluntaria, seguido de fallecimiento con 1,7%, 1,1% por incumplimiento y 0,6% correspondiente a inubicable.

Figura 17. Distribución de Estado de Acompañamiento de la Población Objetivo de 2014.



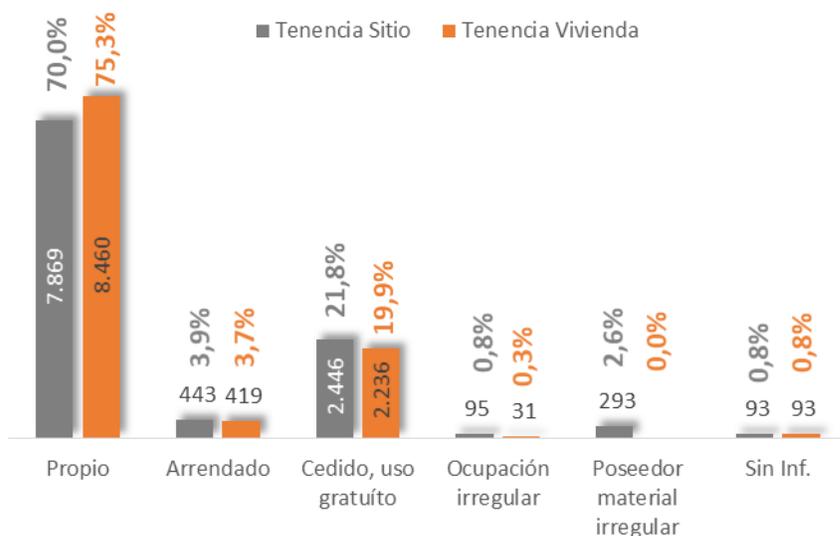
De acuerdo a lo declarado por los Adultos Mayores, el 71,0% no pertenecía a ningún pueblo originario, seguido del 20,5% que no entregó información al respecto, el 7,3% se declaró descendiente de Mapuches, seguido de 1,0% Aymará y 0,2% Atacameño. Un número muy reducido se declaró descendiente de los pueblos Diaguitas, Quechua y Coya.

Figura 18. Distribución de pertenencia a pueblos originarios de la Población Objetivo de 2014.



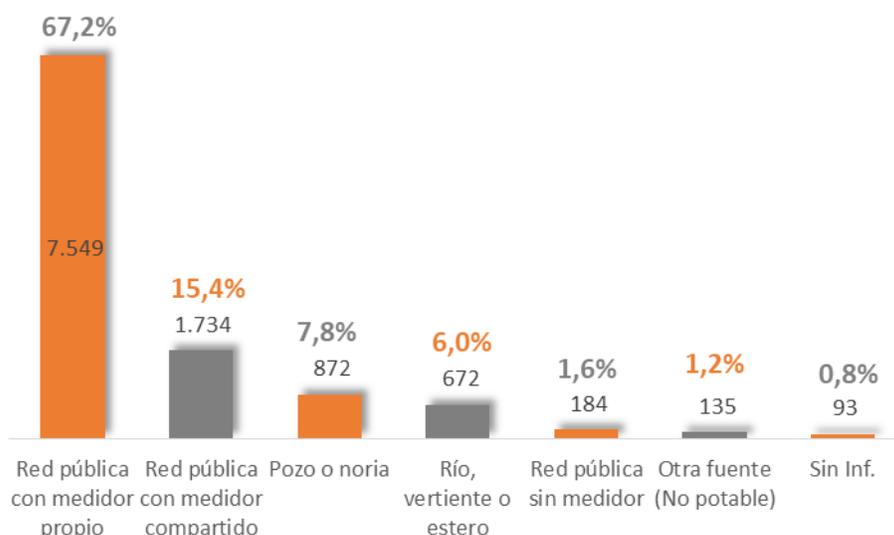
Un 70,0% de los Adultos Mayores pertenecientes a la población beneficiaria 2014 era dueño de sitio donde residía y el 75,3% era dueño de la vivienda. El 21,8% declaró que el sitio donde residía fue cedido y el 19,9% tenía su vivienda por cesión, aquellos que arrendaban el sitio llegan a ser 3,9% de la población y un 3,7% arrendaba su vivienda, el 2,6% declaró que el sitio donde residía era por posesión irregular y el 0,8% no entregó información.

Figura 19. Distribución de tenencia de sitio y vivienda de la Población Objetivo de 2014.



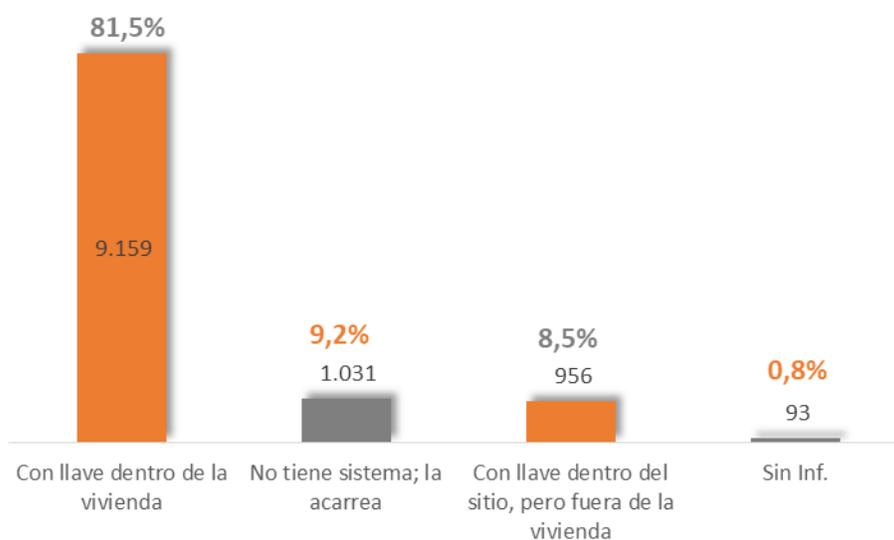
Al consultar por la fuente de agua que poseían en sus hogares, el 67,2% de los Adultos Mayores comentaron que provenía de la red pública con medidor propio, el 15,4% de la red pública pero con medidor compartido, el 7,8% de pozo o noria, el 6,0% de río o vertiente, 1,6% de red pública pero sin medidor, un 1,2% de la población no tenía agua potable y el 0,8% no tiene información.

Figura 20. Distribución de fuente de agua de la Población Objetivo de 2014.



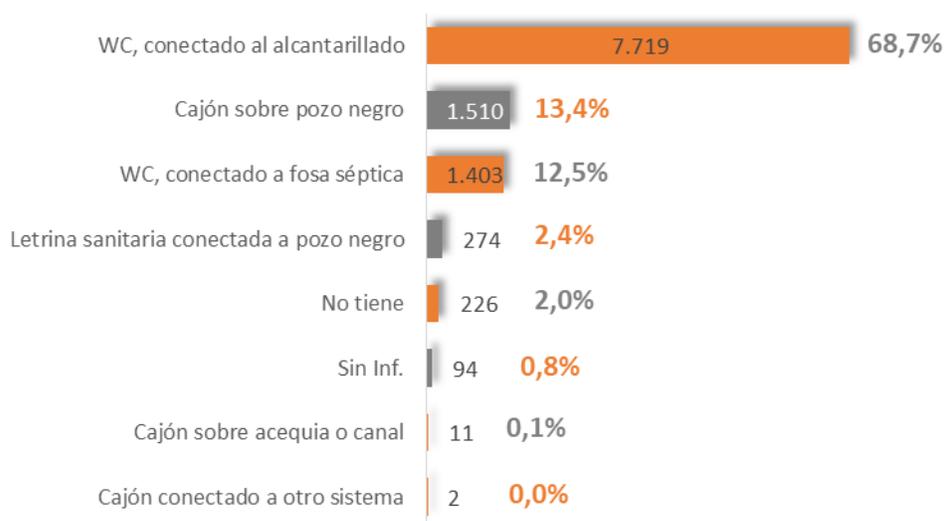
Al consultar por la distribución de agua, el 81,5% poseía llaves dentro de la vivienda, seguido de un 9,2% que no tenía sistema y debía acarrear el agua, el 8,5% tenía llaves pero fuera de la vivienda y el 0,8% poseía información.

Figura 21. Distribución del sistema de distribución de aguas de la Población Objetivo de 2014.



El 68,7% de los Adultos Mayores declararon que poseían WC conectado al alcantarillado, seguido por el 13,4% de la población que poseía un cajón sobre pozo negro, el 12,5% declaró que tenían WC conectado a fosa séptica, 2,4% y 2,0% informaron que poseían letrina sanitaria o que no posee sistema de situación baño respectivamente. Aquellos que no entregaron información equivalen al 0,8%.

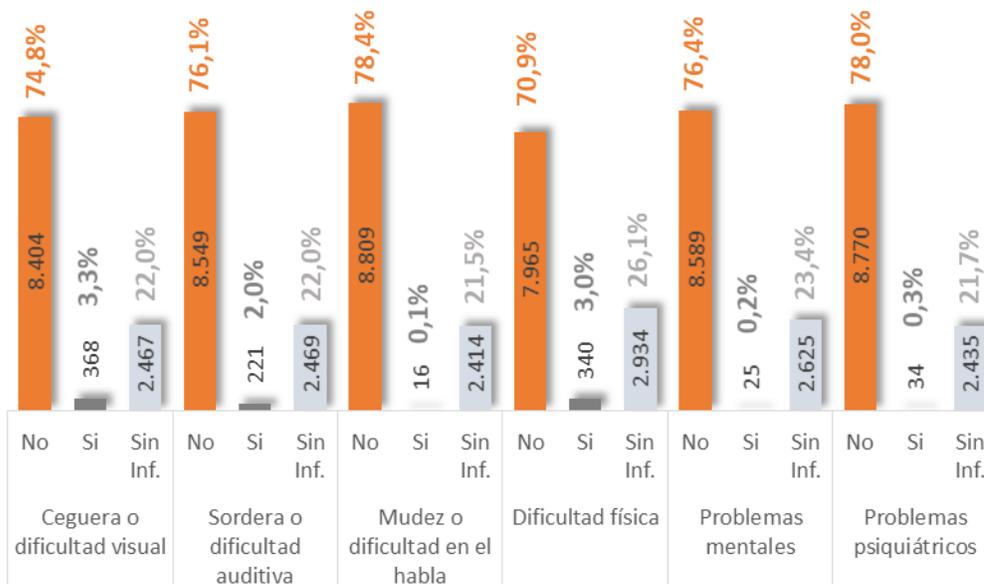
Figura 22. Distribución del sistema de Baño de la Población Objetivo de 2014.



Al consultar por algún tipo de discapacidad que posee los Adultos Mayores, más de 70% declaro no poseer alguna dificultad en los distintos ámbitos. Al consultar por ceguera o dificultad visual el 3,3% declaró tener algún nivel, el 2,0% posee algún nivel de sordera o dificultad auditiva, el 0,1% declaró mudéz o dificultad del habla. Con respecto a dificultad física, el 3,0% declaró tenerla. El 0,25% y 0,3% declaran tener problemas mentales y psiquiátricos respectivamente.

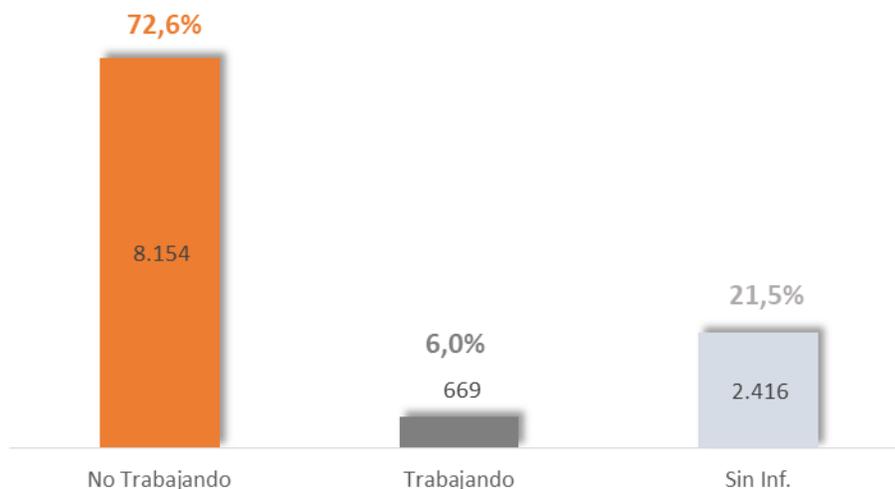
Con respecto a aquellos que no entregaron información sobre alguna condición, en todos los caso superan el 20%.

Figura 23. Distribución de Nivel de Discapacidad de la Población Objetivo de 2014.



El 72,6% de los Adultos Mayores no trabajaba al momento de ser consultados, seguido del 21,5% que no informó dicha información y el 6,0% si se encontraba trabajando.

Figura 24. Distribución de situación de trabajo de la Población Objetivo de 2014.



9.1.6. Caracterización Población Beneficiaria 2015-2017

La región con mayor cantidad de beneficiarios(as) es la región Metropolitana, con un 34,78%, 33,85% y 33,82% los años 2015, 2016, y 2017 respectivamente, seguido de la región del Biobío con 11,22%, 11,60%, 11,63% los años 2015 y 2017 respectivamente, y la región de la Araucanía con 9,59%, 9,80%, 9,87% los años 2015, 2016, 2017, respectivamente.

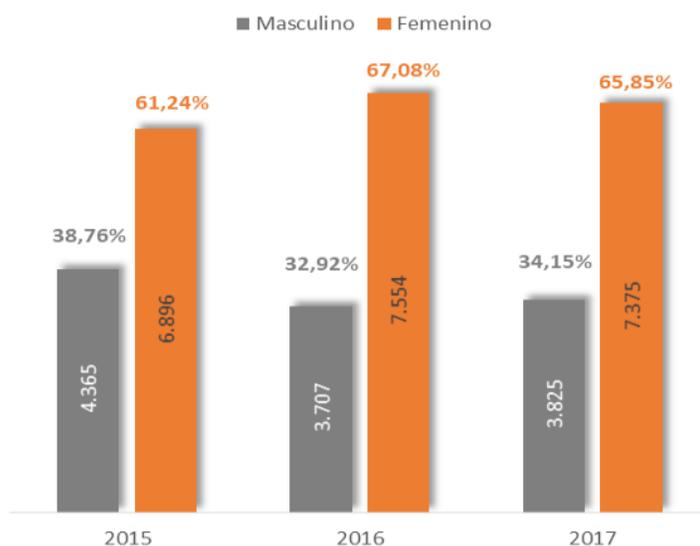
Cuadro 19: Distribución Regional de la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017

Des_Region	2015		2016		2017	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
15 Región de Arica y Parinacota	142	1,26%	122	1,08%	140	1,25%
1 Región de Tarapacá	231	2,05%	229	2,03%	222	1,98%
2 Región de Antofagasta	166	1,47%	166	1,47%	166	1,48%
3 Región de Atacama	272	2,42%	270	2,40%	274	2,45%
4 Región de Coquimbo	387	3,44%	394	3,50%	393	3,51%
5 Región de Valparaíso	993	8,82%	979	8,69%	976	8,71%
13 Región Metropolitana de Santiago	3.917	34,78%	3.812	33,85%	3.788	33,82%
6 Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins	628	5,58%	633	5,62%	635	5,67%
7 Región del Maule	777	6,90%	804	7,14%	763	6,81%
8 Región del Biobío	1.263	11,22%	1.306	11,60%	1.303	11,63%
9 Región de La Araucanía	1.080	9,59%	1.104	9,80%	1.105	9,87%

14	Región de Los Ríos	312	2,77%	318	2,82%	316	2,82%
10	Región de Los Lagos	863	7,66%	875	7,77%	868	7,75%
11	Región Aisén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	130	1,15%	135	1,20%	135	1,21%
12	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	100	0,89%	114	1,01%	116	1,04%
Total		11.261		11.261		11.200	

Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Figura 25. Distribución por género de la población beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.

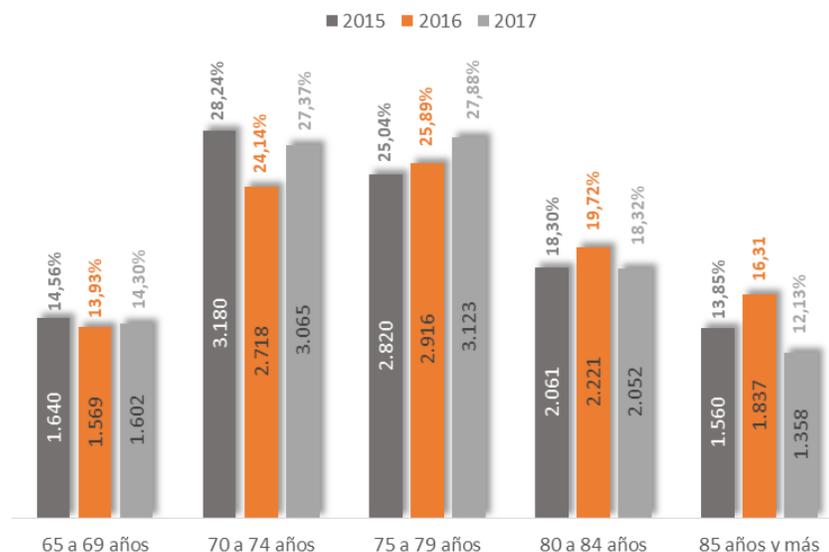


Al segmentar la población beneficiaria por género, se observa que las mujeres son predominantes en todos los años: en el 2015 llegaron a ser el 61,2%, en el 2016 alcanzaron el 67,1%, y en el 2017, alcanzaron el 65,85% de los(as) beneficiarios(as).

Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Figura 26. Distribución por edad de la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.

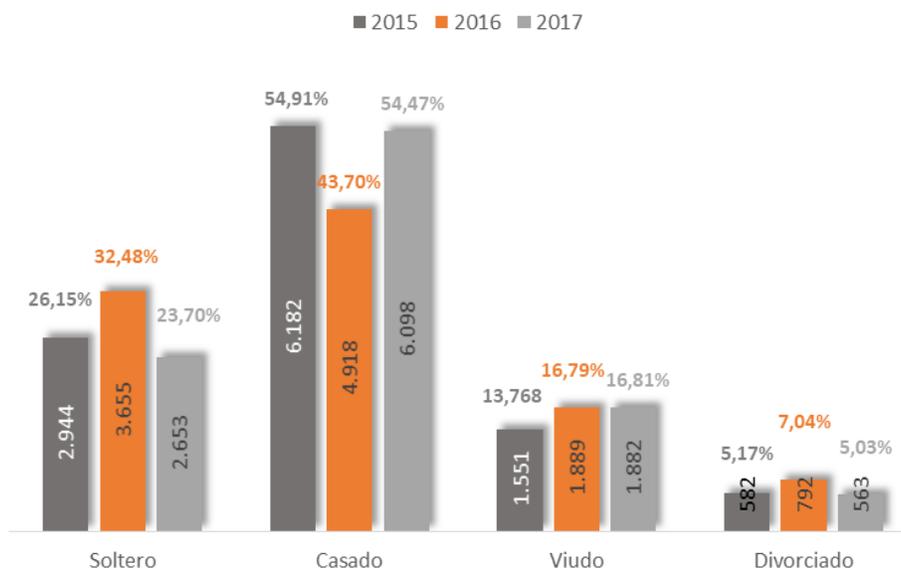
Al segmentar la población beneficiaria por edad, se observa que los grupos comprendidos entre los 70 a 74 años y entre los 75 a 80 años, son los que predomina con un 26,58% y 26,27% en promedio respectivamente.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Para los tres años en análisis, se observa que la mayoría de los(as) beneficiarios(as) está casado, siendo el año 2016 el de menor porcentaje con un 43,70%. Luego siguen en número los(as) beneficiarios(as) que se encuentran solteros, los viudos y, por último los divorciados.

Figura 27. Distribución por Estado Civil de la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

De todos los(as) beneficiarios(as), la gran mayoría tiene nacionalidad Chilena, tan solo una mínima parte proviene de otro país, siendo el año 2015 con mayor número de extranjeros con 52 personas.

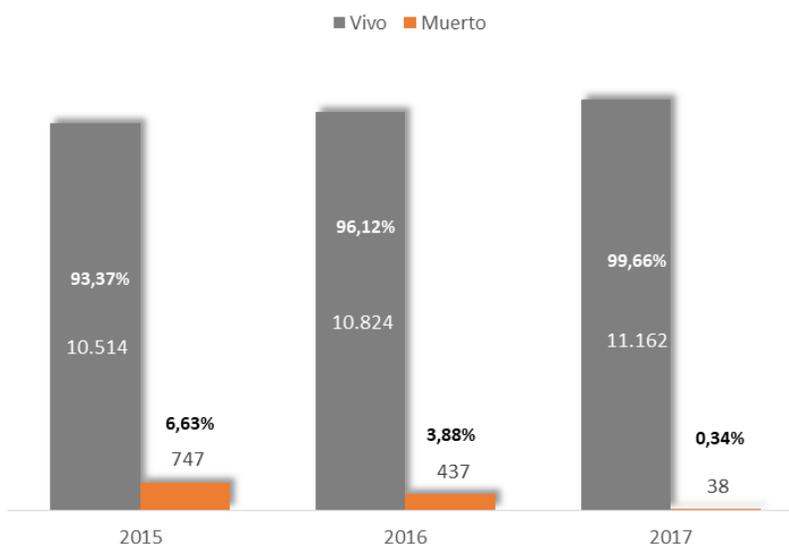
Cuadro 20: Nacionalidad de la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.

	2015	2016	2017
Nacionalidad Chilena	10.671	11.220	11.161
Otra Nacionalidad	52	41	39

Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Se constata que han fallecido el 6,63% de los(as) beneficiarios(as) del año 2015, el 3,88% de los(as) beneficiarios(as) del año 2016, y el 0,34% de beneficiarios(as) del año 2017.

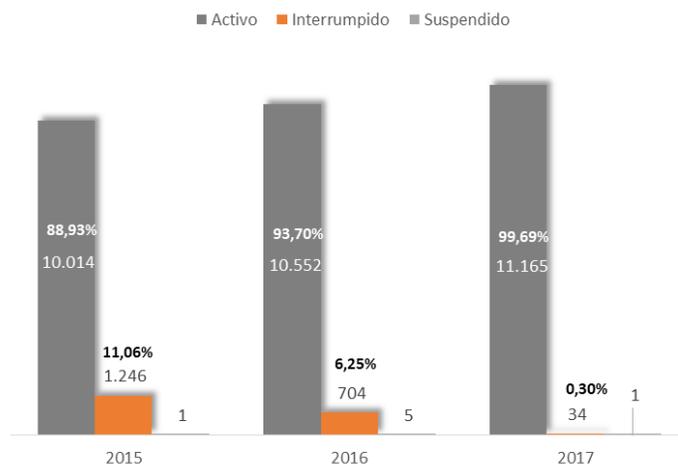
Figura 28. Porcentaje de fallecimiento de la Población Beneficiaria de los años 2015, 2016 y 2017.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

En el periodo en análisis, el porcentaje de aquellos(as) beneficiarios(as) que interrumpen el Programa fue disminuyendo, en el año 2015 fue de un 11,06%, en el 2016 alcanzó un 6,3% y, en los ingresados el 2017 hasta ahora ha interrumpido el 1%.

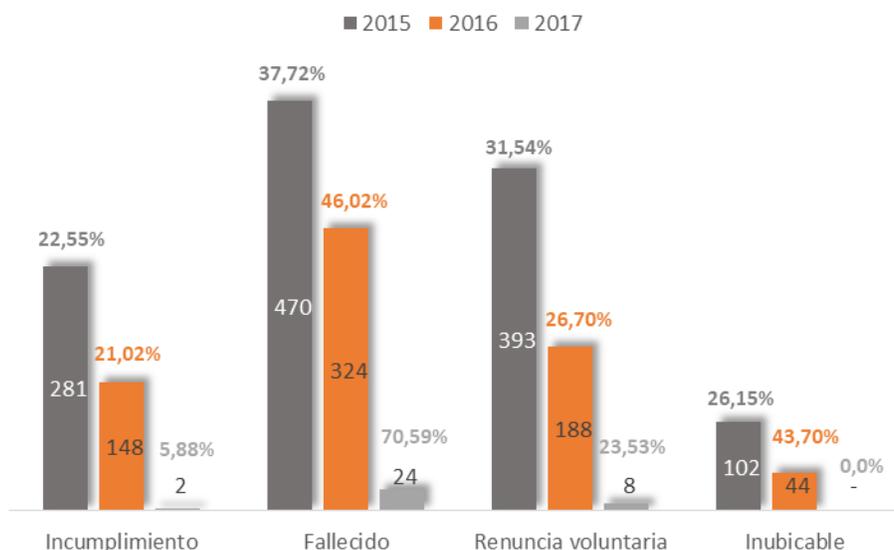
Figura 29. Estado de Acompañamiento de la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

De los motivos por el cual el(la) AM debió interrumpir el programa, el fallecimiento es la principal causa, con un 37,72% y un 46,02% entre los años 2015 y 2016 respectivamente. Seguido de la renuncia voluntaria que tiene un promedio de 27,26% y el incumplimiento por parte del beneficiario(a) que tienen un promedio de 16,49%.

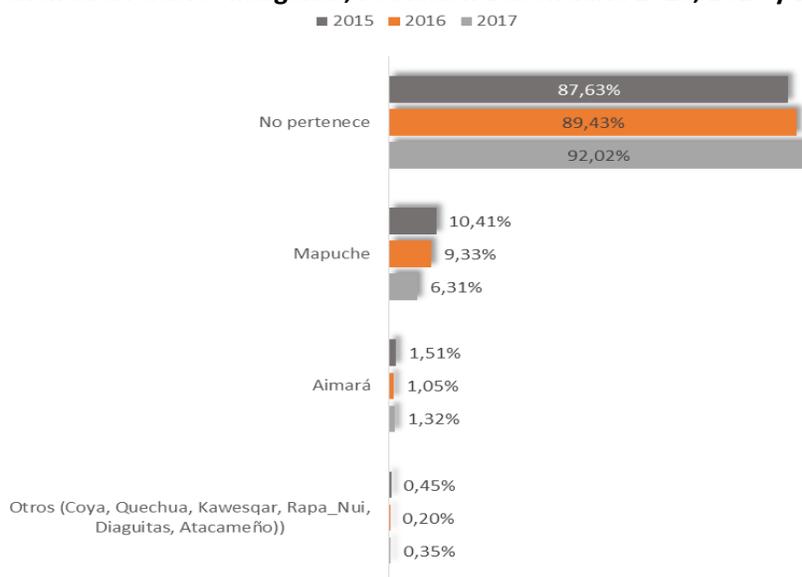
Figura 30. Motivos de Interrupción del programa para la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

El 89,69% de los(as) AM no pertenece a ningún pueblo indígena, seguido de aquellos que se consideran Mapuches, los cuales en promedio son 8,68%. Otros Pueblos originarios del territorio chilenos tan solo son el 0,33%.

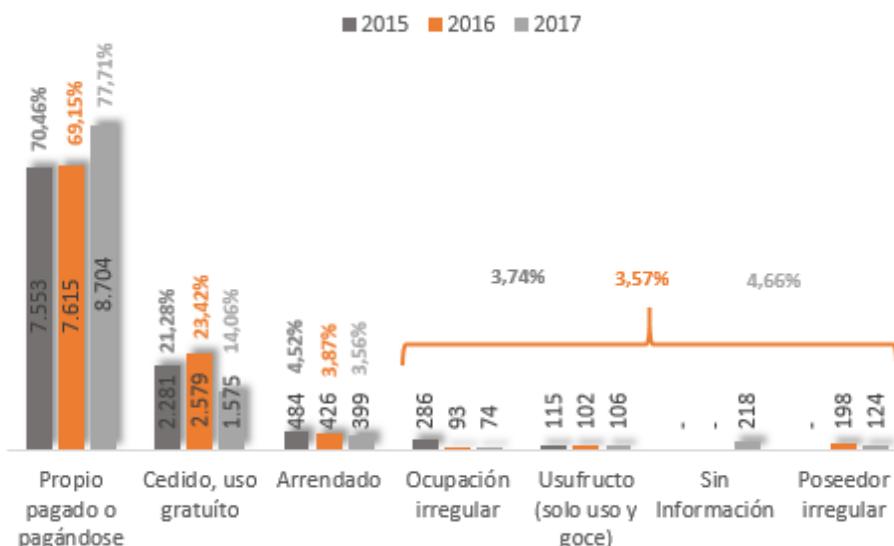
Figura 31. Pertenencia a Pueblos Indígenas, Población Beneficiaria 2015, 2016 y 2017.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

La mayoría de los(as) AM viven en sitios que son de su propiedad o que están pagándose (entorno al 70%), en torno al 20% viven en un sitio cedido o de uso gratuito, y el 4,0% aproximadamente, arrienda el sitio.

Figura 32. Situación que ocupa el sitio donde se encuentra la vivienda de la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.

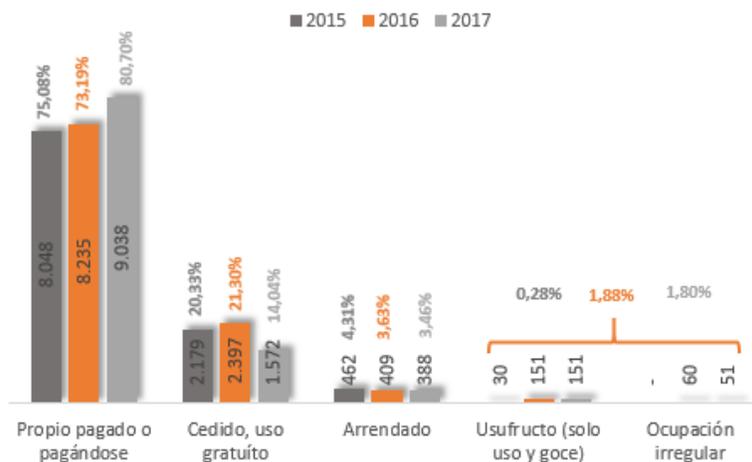


Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Al consultar por la situación de la vivienda, las proporciones se mantienen tal como en el caso de la situación del sitio, en torno al 73,0% vive en vivienda propia, pagada o

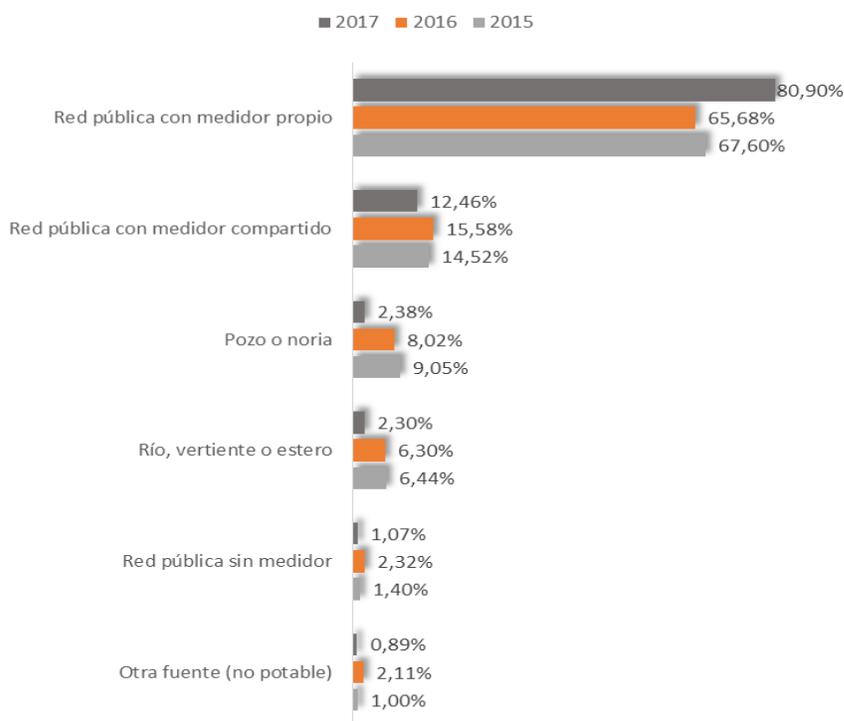
pagándose, en torno al 18,5% vive en viviendas cedidas o de uso gratuito, y en torno al 3,8% reside en viviendas arrendadas.

Figura 33. Situación que ocupa la vivienda de la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Figura 34. Fuente de Agua de la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.



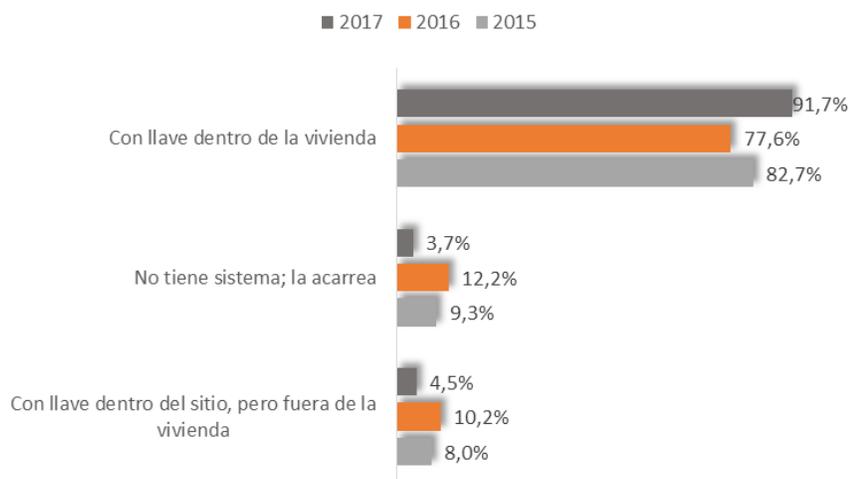
En el caso de los servicios básicos de las viviendas, específicamente respecto de la fuente de agua potable, los AM viven en hogares donde en promedio 71,39% tiene red pública con medidor público, el 14,18% cuenta con red pública pero con medidor compartido, 6,48% obtienen agua de un pozo o noria y el 5% de ríos o vertientes.

Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Al consultar por la distribución del agua, en torno al 84% cuenta con llaves dentro de la vivienda, en torno al 8,5% debe acarrear el agua, el resto, en torno al 8,0% tiene llaves en el sitio pero afuera de la vivienda.

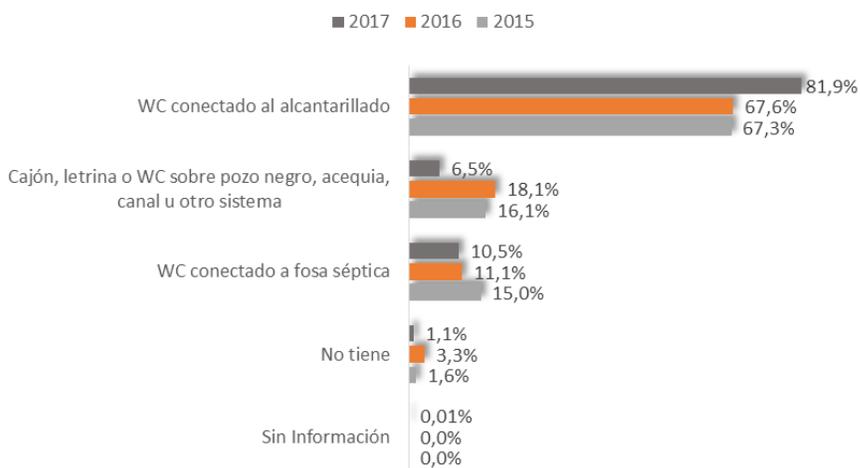
En torno al 72,3% posee WC conectado al alcantarillado, en torno al 13,5% posee viviendas con letrinas o WC sobre pozo negro o acequia, y en torno al 12,2% tienen WC conectado a fosa séptica.

Figura 35. Distribución de Agua de la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Figura 36. Sistema de evacuación sanitaria de la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.

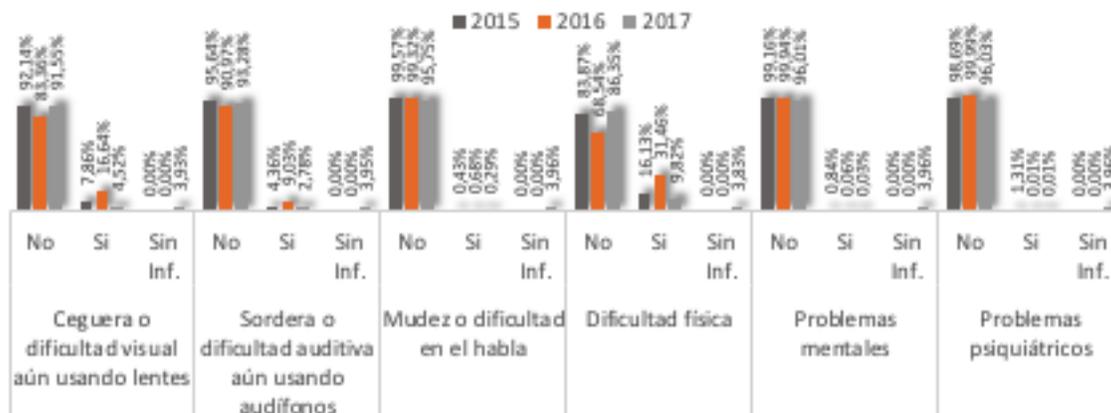


Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

En torno al 90% de la población beneficiaria en el período en análisis no cuenta con ninguna condición permanente que limite su participación en el programa. De las personas que sí presentan alguna condición, la más frecuente es la dificultad física¹²⁷ (en torno al 20,0%)

¹²⁷ Esta información es obtenida por entrevista (auto reportada) y validada por la observación del(la) MC, por lo que no se encuentra previamente estandarizado el concepto de "dificultad física".

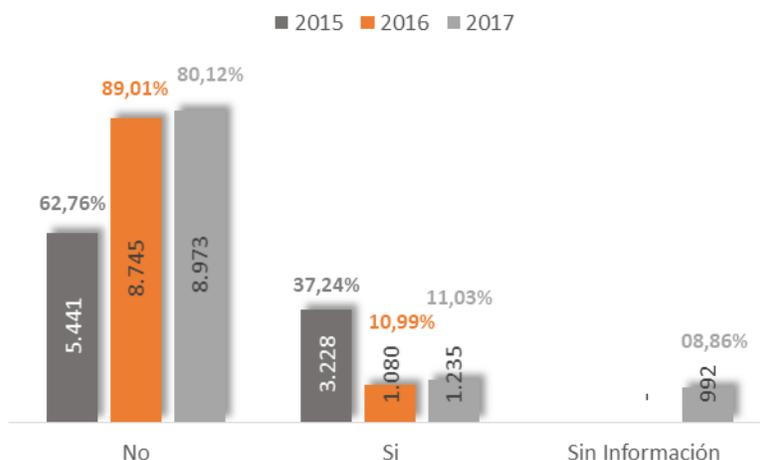
Figura 37. Condición de forma permanente de la Población Beneficiaria en los años 2015, 2016 y 2017.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Del total de beneficiarios(as) en el período en análisis, en torno al 77,3% no se encuentra trabajando. Cabe señalar que durante el 2015 la proporción es distinta a los años siguientes, ya que el 37,24% se encontraba con un trabajo. En cambio, para los años 2016 y 2017 ese porcentaje se sitúa en torno al 11%.

Figura 38. Población Beneficiaria con actividad laboral en los años 2015, 2016 y 2017.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

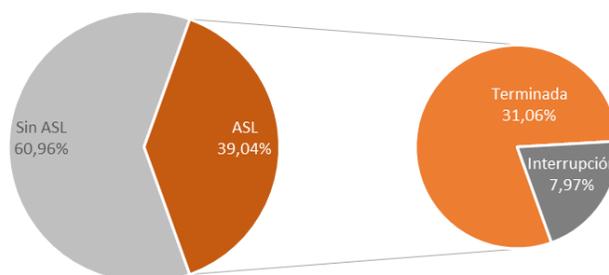
La hipótesis es que es un resultado indirecto de la mejor focalización del RSH respecto de la FPS que se utilizaba hasta el año 2015. Ya que el programa no focaliza por estar o no trabajando, pero sí por nivel de pobreza y vulnerabilidad de los AM.

9.1.7. Caracterización Población Beneficiaria ASL

Para la caracterización de los(as) beneficiarios(as) de ASL, se cuenta con información de la décima versión del programa (2015).

De un total de 11.261 AM, el 39,94% participó y terminó el primer año del ASL equivalente a 4.396 adultos(as), lo que equivale a un 39,0% de los(as) beneficiarios(as) del programa. En el segundo y último año terminó el 31,06% con una deserción de un 7,97% del total de beneficiario, o el 20,4% de quienes participaron del ASL (898 personas).

Figura 39. Distribución de la Población que participo en ASL



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Las Regiones con mayor número de participantes al ASL son las mismas que las descritas en la población beneficiarias, la Región Metropolitana con 1.504 AM, equivalente al 34,21% del total, seguido de la Región del Biobío con un 10,46% y la Región de La Araucanía con 9,24%.

Cuadro 21. Distribución Regional de la población invitada a participar de ASL

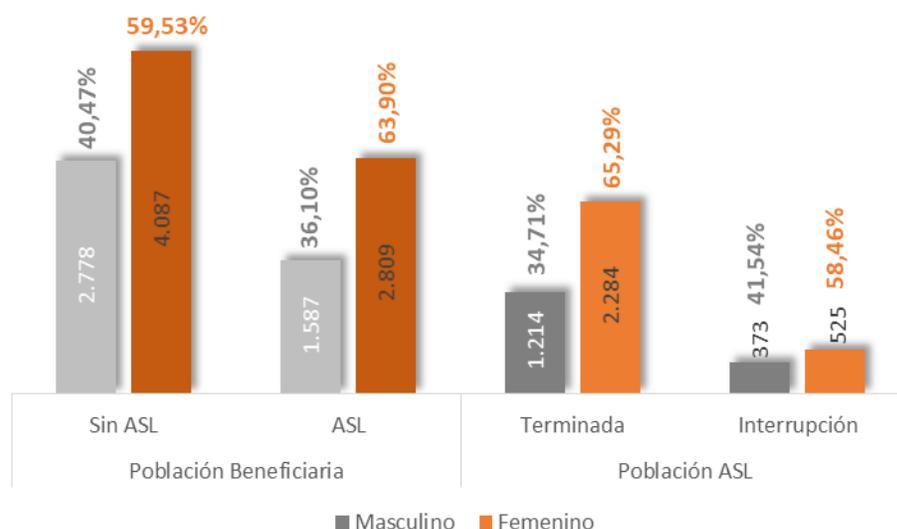
Re-gión	Des_Region	Cobertura Original	Cobertura ASL 50%	Terminó ASL 1° año	%	Terminó ASL 2° año	%	Inte-rrupción ASL	%
15	Región de Arica y Parinacota	142	71	58	1,32%	12	0,34%	46	5,12%
1	Región de Tarapacá	231	116	112	2,55%	74	2,12%	38	4,23%
2	Región de Antofagasta	166	83	83	1,89%	75	2,14%	8	0,89%
3	Región de Atacama	272	136	85	1,93%	30	0,86%	55	6,12%
4	Región de Coquimbo	387	194	161	3,66%	136	3,89%	25	2,78%
5	Región de Valparaíso	993	497	269	6,12%	204	5,83%	65	7,24%
13	Región Metropolitana de Santiago	3.917	1.959	1.504	34,21%	1.279	36,56%	225	25,06%
6	Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins	628	314	288	6,55%	254	7,26%	34	3,79%
7	Región del Maule	777	389	378	8,60%	338	9,66%	40	4,45%
8	Región del Biobío	1.263	632	460	10,46%	329	9,41%	131	14,59%
9	Región de La Araucanía	1.080	540	406	9,24%	246	7,03%	160	17,82%

Re-gión	Des_Region	Cobertura Original	Cobertura ASL 50%	Terminó ASL 1° año	%	Terminó ASL 2° año	%	Inte-rrupción ASL	%
Araucanía									
14	Región de Los Ríos	312	156	91	2,07%	75	2,14%	16	1,78%
10	Región de Los Lagos	863	432	402	9,14%	363	10,38%	39	4,34%
11	Región Aisén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	130	65	51	1,16%	43	1,23%	8	0,89%
12	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	100	50	48	1,09%	40	1,14%	8	0,89%
Total		11.261	5.631	4.396		3.498		898	

Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Al segmentar la población que participó del ASL, se observa que el 63,90% son mujeres y el 36,10% son hombres. Del total de beneficiarios(as) ASL que interrumpieron su participación, el 58,46% son mujeres y el 41,54% son hombres.

Figura 40. Segmentos de géneros de los participantes a ASL y de abandono.



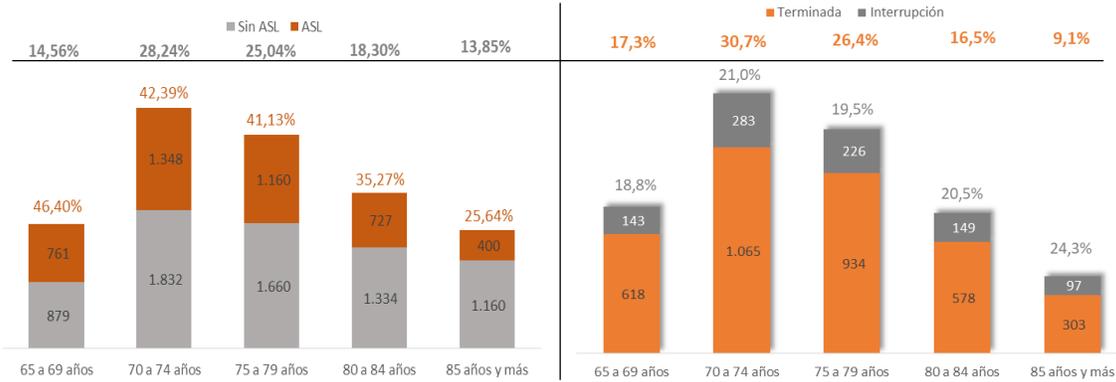
Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Al segmentar los(as) beneficiarios(as) de ASL según tramo de edad, se puede observar que el 30,7% son AM entre 70 a 74 años de edad, seguidos de aquellos que tienen edades entre los 75 a 79 años con un 26,4%. Los(as) beneficiarios(as) ASL con edad entre los 80 y 84 años corresponden al 16,5% y aquellos que tienen 85 o más años corresponden al 9,1% equivalente a 400 AM.

Al segundo año, se puede observar que el 21% los AM que tienen entre 70 y 74 años, abandonaron el acompañamiento, seguido por el 19,5% de aquellos que tienen entre 75 y

80 años (226 AM). De los(as) beneficiarios(as) ASL con edades entre los 80 a 84 años, el 20,5% abandonó el programa, y el 24,3% de aquellos con edad mayor a 85 años. Por lo que se puede concluir que la proporción de beneficiarios(as) ASL que abandona el acompañamiento, no tiene relación con la edad de éstos mismos.

Figura 41: Distribución por grupo de edad de los participantes a ASL y de abandono.

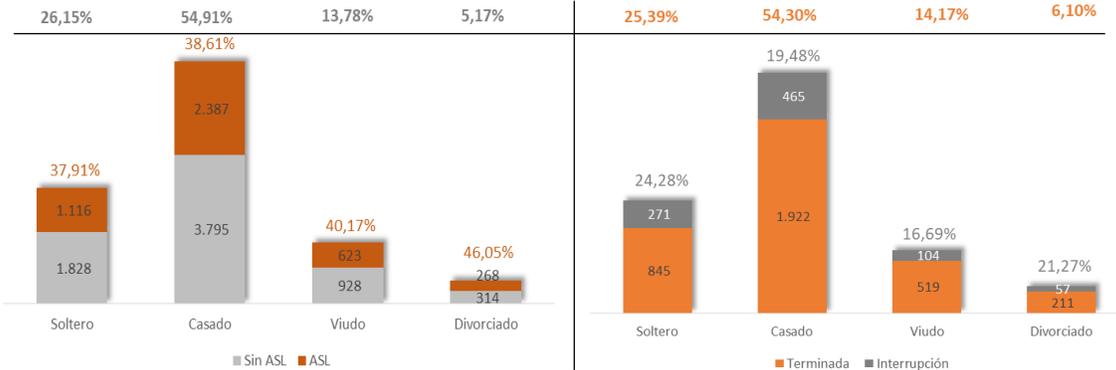


Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Al analizar el estado civil de los beneficiarios(as) ASL, el 54,91% se encuentra casado, de los cuales, el 38,61% participó de ASL, seguido de 1.116 solteros (37,91% del total de beneficiarios(as)), además de viudos y divorciados, de los cuales el 40,17% y 46,05% respectivamente participaron del ASL.

De total de los participantes del ASL, el 19,48% de los casos abandonaron el acompañamiento, seguido del 24,28% de los solteros, 16,69% de los viudos y 21,27% de divorciados.

Figura 42: Estado civil de los participantes a ASL y de abandono.

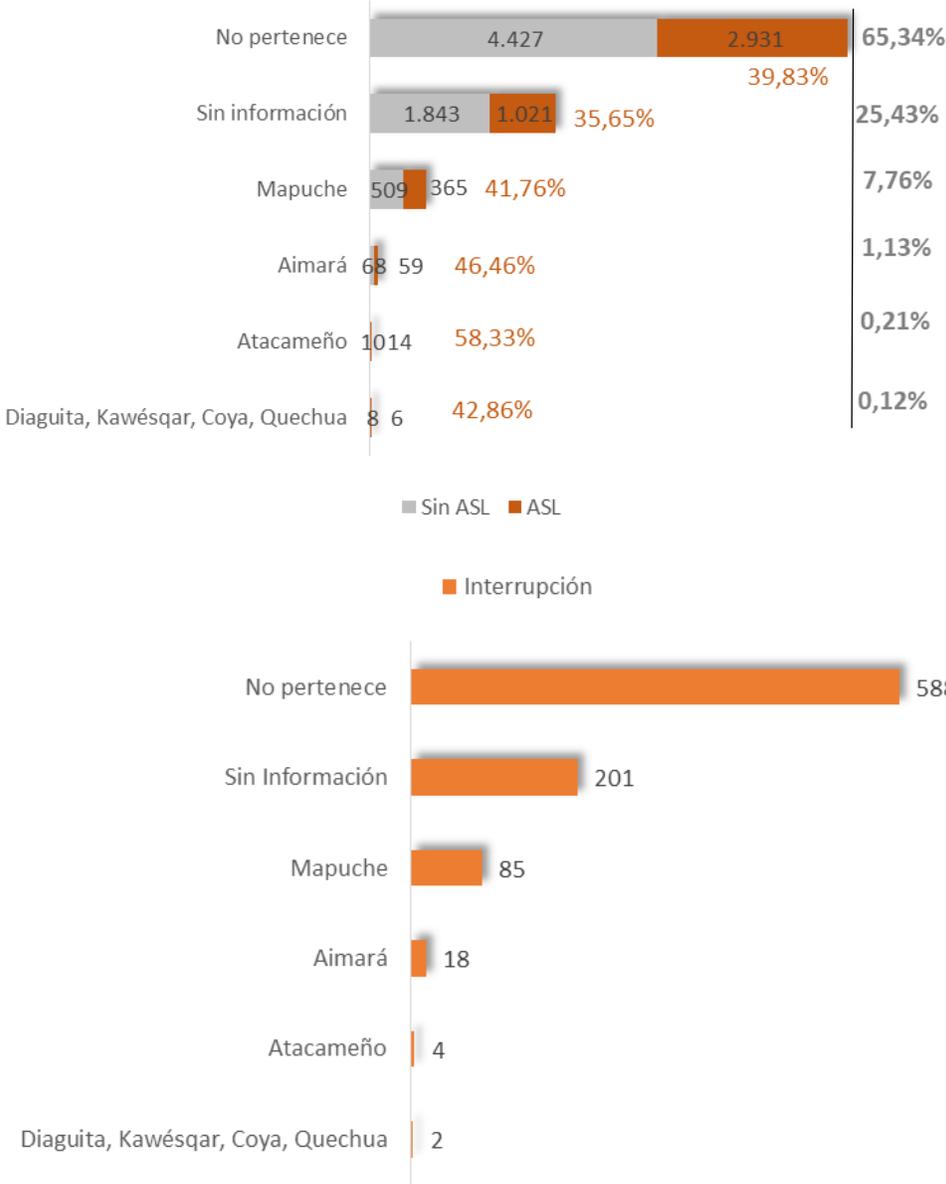


Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Con respecto a la pertenencia a algún pueblo indígena, el 65,34% declaró no pertenecer a ninguno, de ellos el 39,83% fue invitado a participar del ASL, interrumpiendo el

acompañamiento 588 personas. De aquellos que no entregaron información, 1.021 personas participaron del ASL y 201 abandonaron, seguido de aquellos que pertenecen al pueblo Mapuche que participaron del ASL, de 365 personas, 85 abandonando el programa.

Figura 43: Pertenencia de Pueblo Indígena de los participantes a ASL y de abandono.

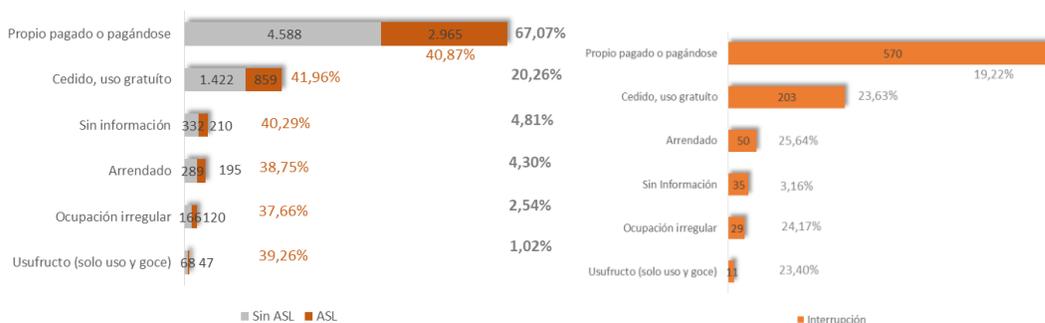


Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Del total de AM que participaron, el 67,07% tiene su vivienda pagada o la está pagando, de ellos el 40,87% participó en el ASL de los cuales el 19,22% abandono el acompañamiento durante el segundo año, el grupo que lo sigue son aquellos que viven en

lugares cedidos o de uso gratuito, el 41,96% participo del ASL, abandonando el 23,63%, aquellos que no entregaron información, solo el 3,16% abandono el programa durante el segundo año.

Figura 44: Situación que ocupa vivienda de los participantes a ASL y de abandono.



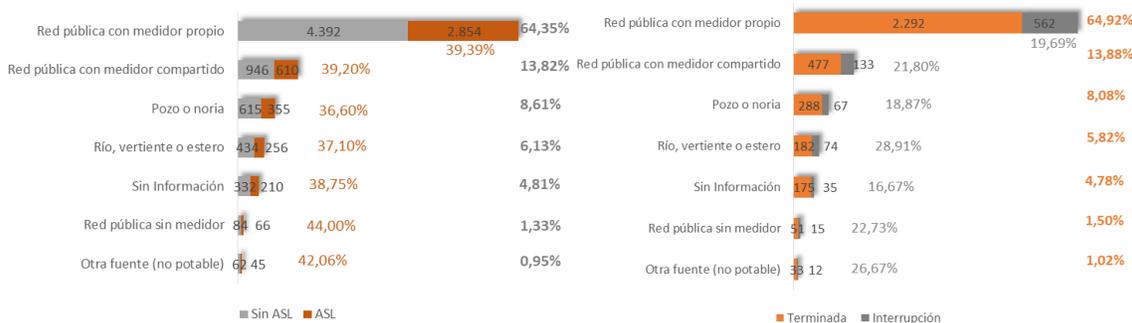
Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Con respecto a la fuente de agua que posee los(as) AM pertenecientes al Programa Vínculos, el 64,35% cuenta con red pública con medidor propio, de ellos el 39,39% participó del ASL, abandonando el programa un 19,69%.

El 13,82% del total de AM comparte el medidor, de ellos el 39,20% participó del ASL, abandonando 133 personas, equivalente a 21,80%.

8,61% de los(as) beneficiarios(as) poseen pozo o noria, de los cuales 355 AM participaron en el ASL y 67 abandonó al segundo. Los(as) AM que obtienen agua de ríos, red pública sin medidor u otra fuente y que participaron en el ASL equivalen a 577 personas de las cuales 136 abandonaron el acompañamiento durante el segundo año.

Figura 45: Fuente de agua de los participantes a ASL y de abandono.

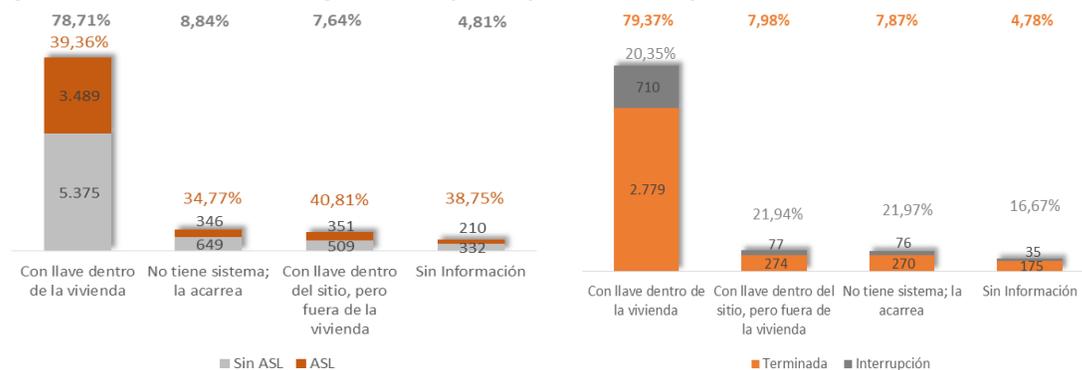


Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Al consultar por la distribución de agua, el 39,36% de los tienen llaves dentro de la vivienda participaron en el ASL, equivalente al 79,37% del total que participaron de esta modalidad de acompañamiento, de los cuales el 20,35% abandonó al segundo año.

Aquellos que tienen llaves dentro del sitio pero fuera de la vivienda corresponden al 7,98% de los(as) beneficiarios(as) ASL, de los cuales 21 interrumpieron el programa.

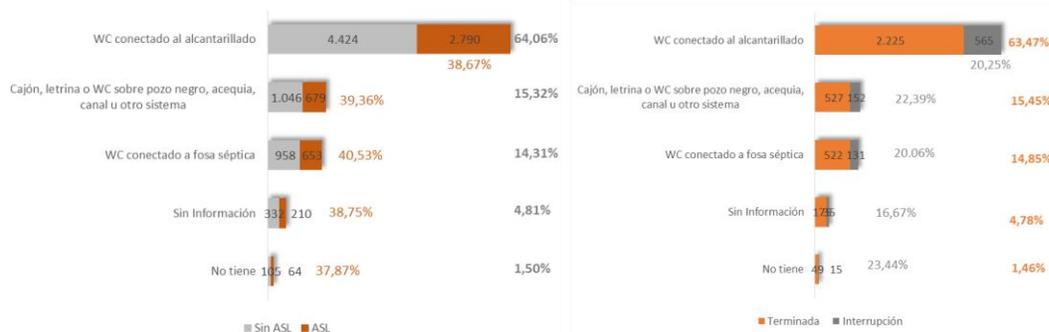
Figura 46: Distribución de agua de los participantes a ASL y de abandono.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

El 64,06% de los(as) beneficiarios(as) posee WC conectado al alcantarillado, de ellos el 38,67% participo del ASL, equivalente al 63,47% del total de AM que participaron del ASL. Seguido de los que poseen cajón o letrina, los cuales equivalen a un 15,45% de los(as) beneficiarios(as) de ASL, y aquellos que poseen WC conectado a fosa séptica con un 14,85% del total de beneficiarios(as) ASL.

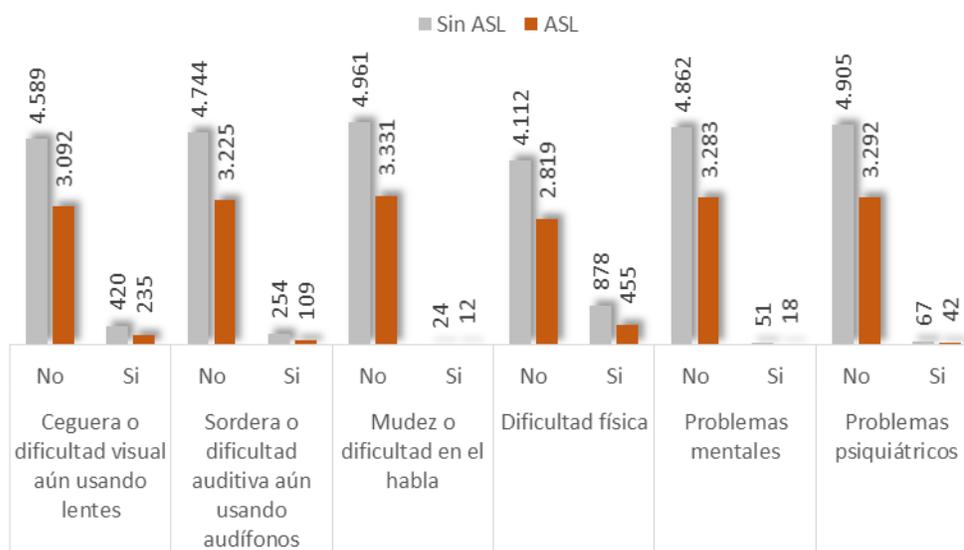
Figura 47. Sistema de situación de baño de los participantes a ASL y de abandono.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Al consultar por alguna condición de salud de aquellos que fueron invitados a participar del ASL, se puede observar que pese a poseer algún nivel de condición, de todas maneras participaron del acompañamiento, 235 declararon tener dificultad visual, 109 algún nivel de sordera, 12 dificultad de hablar, 455 dificultad física, 18 y 42 posee problemas mentales y psiquiátricos respectivamente.

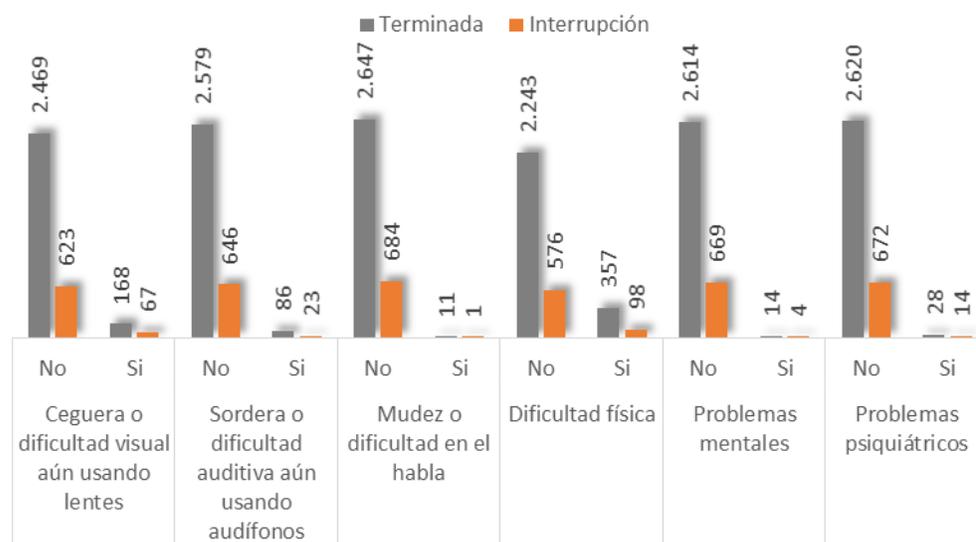
Figura 48. Condición de Salud de los participantes al ASL.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Al segundo año, se puede observar que aquellos que poseen algún tipo de dificultad física, 98 abandonaron el acompañamiento, seguido de 67 con un nivel de ceguera, 23 con dificultad auditiva, 14 con algún tipo de problema psiquiátricos, 4 con problemas mentales y solo una personas con dificultad en el habla.

Figura 49. Condición de salud de personas que abandonaron ASL

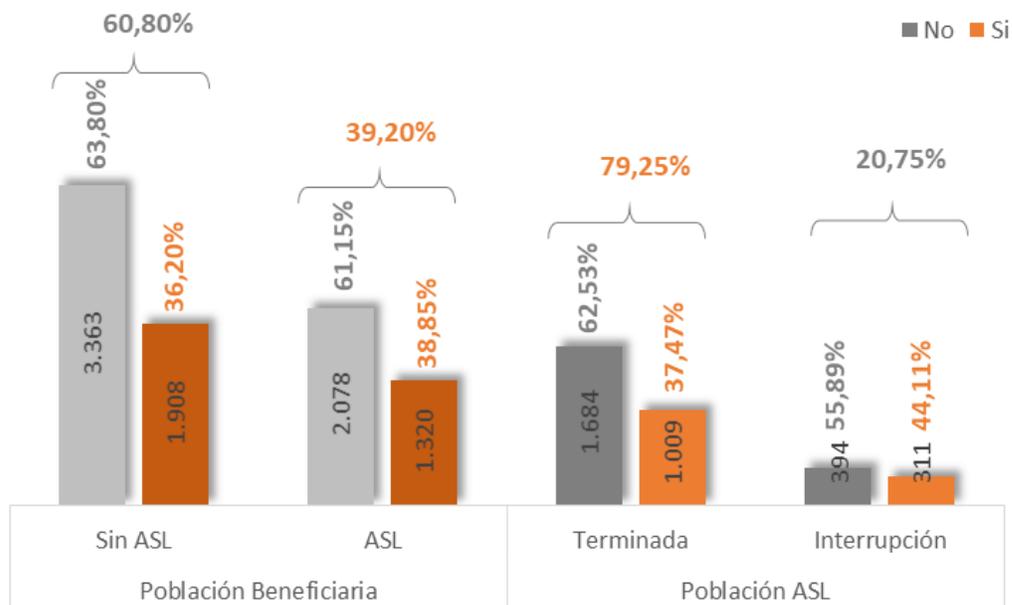


Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

Al consultar si el(la) AM se encuentra trabajando al momento de ser invitado a participar en el ASL, el 38,85% contestó que sí y el 61,15% dijo que no. Al segundo año, el 20,75%

interrumpió el programa de acompañamiento de los cuales el 44,11% trabaja y el 55,89% no.

Figura 50. Situación de trabajo de los participantes a ASL y de abandono.



Fuente: Construcción propia a partir de bases de datos recibidas del Ministerio de Desarrollo Social en el marco del desarrollo de este estudio.

9.2. Metodología de Evaluación Implementación

9.2.1. Metodología e Instrumentos

Se revisaron antecedentes documentales respecto de cómo operan los componentes, así como otros procesos relevantes como la Asistencia Técnica, generación de la nómina y el seguimiento y evaluación del programa. Así mismo, en reuniones con la Unidad Central del MDS y SENAMA, se levantaron los procesos y sus flujos.

En este contexto, se inscriben las entrevistas a informantes claves para detectar la relación entre, el modelo teórico de la producción de los servicios - que está enunciada fundamentalmente en normas técnicas y documentos de orientaciones - y la aplicación de las mismas por parte de los distintos operadores.

La lógica de este trabajo es seguir con los entrevistados - que tienen distintas funciones -, las etapas de producción de los componentes, así como de otros procesos, graficadas en el flujograma desde las entradas de insumos, continuidad de procesos y las salidas que aportaban al logro de resultados.

Se identificaron los actores que en una región intervienen en la cadena de producción del programa, desde el SEREMI y SENAMA, los actores comunales hasta los(as)

beneficiarios(as). Posteriormente, se listaron las funciones de cada actor que aparecen en las normas técnicas, básicamente, las del año 2017. Si hubo cambios relevantes antes o después de esa fecha, se esperaba que aparecieran en los testimonios durante la conversación con los entrevistados.

Con este listado de funciones de los distintos actores, se preparó la guía de entrevista para cada uno de ellos. Dentro de cada función se introdujeron preguntas adicionales que podían orientar algún detalle de la aplicación de la norma. Con los entrevistados institucionales – MDS, SENAMA, Municipios – se establecieron los roles que realizan, cómo ocurren en la práctica, la percepción que tienen sobre esas tareas. Luego dependiendo de la función del entrevistado, se preguntan aspectos de los procesos ligados a los componentes – Eje, APS, ASL, Oferta y Transferencias, en cada caso, motivándolo a que se expliquen sobre las fortalezas, debilidades y sugerencias de mejora para cada proceso.

Se agregaron preguntas generales sobre el diseño, para recabar perspectivas y opiniones de los involucrados.

En el caso de los(as) beneficiarios(as) se buscó obtener su percepción desde su entrada al programa, la experiencia tenida con los bienes y servicios, su acceso a los mismos y en qué etapa se encuentran. Se evitaron preguntas directas sobre el desempeño de los(as) monitores(as), sino que cómo ocurre la relación con este actor o con otros con que eventualmente se relacionan, por ejemplo, con la entidad encargada del otorgamiento de las Transferencias (trámites realizados, acceso a su recepción y similares).

El enfoque de la entrevista - en que los entrevistados se prepararon y los entrevistados fueron informados al comienzo de la sesión – fue que la conversación no tenía como objetivo medir resultados, ni buscar el error o falencias en la operación por parte de los entrevistados en sus funciones, sino que comprender la aplicación de los procesos y recoger todas aquellas acciones o tareas que consideraran sujetas de mejora. Lo que subyace detrás de esta toma de posición, es que los entrevistados sabían más que los consultores de cómo se desarrollaban los procesos y qué mejoras podían introducirse a los mismos.

Otra decisión que se tomó es que se trataba de una entrevista semiestructurada, es decir, que era una pauta flexible en el orden de los temas a desarrollar, pero lo importante era tocar todos los puntos identificados – en la práctica, salvo excepciones, se siguió el esquema planteado en la pauta que resultó ser una buena guía para realizar las entrevistas -. Además, se decidió evitar las preguntas cerradas dicotómicas, tipo chequeo de listado de operaciones, prefiriendo la conversación abierta sobre cada punto identificado y que, de allí, fluyera como se daban los procesos, se comparaba con lo que decía la función y eventualmente pudieran agregar una aclaración de los flujos levantados.

Lo anterior significó un incremento de los tiempos involucrados en el ordenamiento de la información para el análisis, ya que fue necesario grabar la conversación, luego transcribirla para finalmente ordenar la información por tipo de procesos, por funciones de cada actor involucrado y por temas.

Los entrevistadores¹²⁸ tenían un instructivo general¹²⁹ en que básicamente detallaba como iniciar la conversación, explicar los objetivos, solicitar la autorización para grabar y si se negaba, tomar notas. Además, se explicaba cómo debía usarse la pauta tanto para funcionarios como para los(as) beneficiarios(as).

Las entrevistas regionales con funcionarios(as) del MDS, SENAMA y municipios, se realizó en las oficinas. Usualmente fueron entrevistas individuales, aunque hubo casos en que se entrevistaron colectivamente actores de un mismo nivel, por ejemplo, EGV de una región o monitores(as) de una misma comuna.

La entrevista comenzaba con la presentación del entrevistador, luego se explicaban los objetivos del estudio y la entrevista propiamente tal. Se hizo énfasis que sus nombres serían colocados en la lista de personas entrevistadas, pero sus opiniones no serían identificadas dentro del estudio, salvo mencionar, si fuera el caso, el rol de quién emitía la opinión. Posteriormente, se solicitó la autorización para grabar la entrevista (todos(as) aceptaron). Se utilizó la pauta de entrevista para ordenar la conversación, pero los(as) entrevistados(as) podían colocar temas, sin que fueran interrumpidos. Se terminaba la entrevista preguntando si deseaban agregar algún tema o referirse a aspectos que considerarán relevante. Las duraciones de las entrevistas estuvieron entre una hora treinta y las dos horas.

En el caso de los(as) AM éstas se hicieron en sus casas (salvo un caso en que se hizo en el municipio) y se llegó acompañado del MC. Se les llevaba un pequeño obsequio como agradecimiento por su disponibilidad a conversar. Al igual que en las entrevistas con los otros actores, se les explicó los objetivos perseguidos y se insistió permanentemente que no se estaba evaluando el desempeño del MC. Todos aceptaron ser grabados. La duración de las entrevistas fue entre cuarenta y cinco minutos y una hora.

Cabe consignar que todos los entrevistados manifestaron una disposición muy abierta y colaborativa en la conversación, lo que facilitó la tarea de los entrevistadores.

Selección de Regiones y Comunas

Se revisaron los procesos de los componentes entrevistando a los distintos niveles de actores involucrados en la región, y se incluyeron 4 comunas en cada una de ellas de

¹²⁸ Los entrevistadores fueron Virginia Garrido, Patricio Navarro y Ladislao Parra.

¹²⁹ Se adjuntó instructivo.

acuerdo al índice de aislamiento. Se decidió seleccionar dos regiones en acuerdo con el programa, considerando por una parte, su importancia cuantitativa en relación al número de beneficiarios(as) y, por otra, que tuviera informantes con experiencia en el programa y que estuvieran disponibles para participar en el estudio.

Fueron seleccionadas la región Metropolitana, que es la que tiene mayor número de beneficiarios(as) del país (en torno al 20% del total de beneficiarios(as) por año), y la región del Maule, que junto estar dentro de las regiones con una importante número de beneficiarios(as), tiene la condición de tener profesionales con la experiencia requerida para obtener la información y su percepción de los procesos involucrados.

Selección de entrevistados y entrevistas

Como se dijo se entrevistó a informantes calificados de distintos niveles que van desde la SEREMIA DEL MDS y SENAMA regional, pasando por los actores ubicados en la institucionalidad municipal – EC y MC – y beneficiarios(as). Todos los(as) entrevistados(as) tenían que haber tenido, al menos un año de experiencia en el programa. En la práctica, se entrevistaron a más personas que las previstas, porque las regiones, en algunos casos citaron, por ejemplo, a todos(as) los(as) especialistas en grupos vulnerables. En esos casos, se entrevistaron en forma colectiva a todos(as) ellos, algo parecido ocurrió en algunas comunas en que se entrevistaron a todos(as) los(as) MC de esa comuna.

El detalle de entrevistados, regiones y comunas seleccionadas fue la siguiente:

Cuadro 22. Entrevistas realizadas en la Región del Maule

Cargo	Nombre	Fecha de Entrevista	Nº de Entrevistas
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL			
SEREMI	Juan Eduardo Prieto	19 junio	1
Encargada Regional Programa Vínculos	Macarena Salazar	20 junio	1
Coordinadora Social	Claudia Ebner	19 junio	1
Especialistas en Grupos Vulnerables (EGV)	Valeria Donoso Marta Furniel Fernanda Miño Pino Giannella Revello Casas	19 junio	4
SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (SENAMA)			
Gestor Regional de Asistencia Técnica	Elizabeth Torres José Manuel Salgado	19 junio	2
MUNICIPALIDAD DE TALCA			
Encargada Comunal	Vanesa Valdés	19 junio	1
Monitoras Comunitarias	Carla Zúñiga Pamela Ortiz	19 junio	2
Usuario(a)	José Ester	19 junio	2
MUNICIPALIDAD DE CONSTITUCIÓN			
Encargada Comunal	María del Pilar Rojas Merino	20 junio	1

Monitor(a) Comunitaria(o)	Francisca Castro Francisco Soto	20 junio	2
Usuaría	Eliana	20 junio	1
MUNICIPALIDAD DE CUREPTO			
Monitora Comunitaria	María José Pacheco	20 junio	1
Usuaría	María Elena	20 junio	1
MUNICIPALIDAD DE VILLA ALEGRE			
Encargada Comunal	Viviana Sanhueza Pérez	20 junio	1
Monitora Comunitaria	Elemir Novoa	20 junio	1
Usuaría	Lidia	20 junio	1
Total			23

Cuadro 23. Entrevistas realizadas en la Región Metropolitana

Cargo	Nombre	Fecha entrevista	Nº de entrevistados
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL			
Encargado Regional Programa Vínculos	Felipe Tapia	3 julio	1
Especialitas en Grupos Vulnerables (EGV)	Isabel Soto	3 julio	1
SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (SENAMA)			
Gestor Regional de Asistencia Técnica	Sebastián Acuña Valeria Garay Claudia Verdugo	20 julio	3
MUNICIPALIDAD DE MELIPILLA			
Encargada Comunal	Patricia Núñez	25 junio	1
Monitoras Comunitarias	Morín Jerez Carla Plaza	25 junio	2
Usuaría	María	25 junio	1
MUNICIPALIDAD DE TALAGANTE			
Encargada Comunal	Karla Leiva	26 junio	1
Monitoras Comunitarias	Camila Llanten Macarena Farías Camila Palacios	26 junio	3
Usuaría	María Teresa	26 junio	1
MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO			
Encargada Comunal	Elda Inzunza	26 junio	1
Monitor(as) Comunitarias(os)	Gabriela Cáceres Carla Miranda Fabián Álvarez	26 junio	3
Usuaría	Margarita	26 junio	1
MUNICIPALIDAD DE ALHUE			
Encargada Comunal	Yessica Bravo Huerta	29 junio	1
Monitor(a) Comunitaria(o)	Jaime Sepúlveda Genesis Pérez	29 junio	2
Usuaría	María C	29 junio	1
Total			23

Se entrevistaron un total de 46 personas (9 de la SEREMI del MDS, 5 SENAMA, 7 Encargadas Comunales, 16 monitores(as) comunitarios y 9 beneficiarios(as)).

9.2.2. Metodología y Análisis de las Entrevistas

Consideraciones sobre la Confiabilidad

Se entiende como confiabilidad la posibilidad que el estudio pueda repetirse con el mismo método sin alterar los resultados. Se sabe que en las metodologías cualitativas esto se dificulta, puesto que es imposible obtener las mismas condiciones de la aplicación inicial. Lo que no quiere decir que no se puedan tomar algunas medidas para acrecentar grados de confiabilidad. La primera de ellas es la búsqueda de consensos entre los consultores de la realidad observada y que surgen de las entrevistas realizadas. El logro de este consenso eleva la credibilidad de las estructuras significativas detectadas de los procesos.

Un segundo aspecto muy relacionado con lo anterior es que, la confiabilidad mejora con la presencia de varios consultores, lo que garantiza un mejor equilibrio de las observaciones, los análisis y la interpretación.

Un tercer elemento es que la utilización de la grabación y transcripción de las entrevistas puede permitir repetir, por así decirlo, las observaciones de realidades de otros consultores ausentes en el momento en que sucedieron los hechos. Esto puede permitir potencialmente volver a los "datos brutos" y revisar las categorías y conceptos.

Un cuarto elemento fue que el trabajo en terreno, estuvo a cargo de consultores con experiencia en trabajos de campo y en la ejecución de programas sociales, que no conoce a los(as) entrevistados(as) ni a los(as) usuarios(as). Esto se precisa porque se sabe que la información obtenida puede ser diferente de acuerdo con el grado de vinculación previa que se tenga de los(as) entrevistados(as).

Por último, se hizo un detallado guion de las entrevistas y se utilizó un instructivo que homogeniza la forma de aproximarse de los entrevistadores a los(as) entrevistados(as).

Consideraciones sobre la Validez de la Investigación

Se entenderá como validez cuando un estudio se acerca más o menos a observar y apreciar una realidad *en sentido pleno*, y no sólo un aspecto o parte de la misma. Desde luego, por los plazos de esta consultoría tiene limitaciones para acercarse completamente a la realidad que aborda el programa.

Lo que se hizo para abordar esta realidad en la forma lo más amplia posible, fue utilizando un instrumento (guion) que abarque todos los procesos relevantes. Además, se utilizó con actores que tenían experiencia en la ejecución del programa y con usuarios(as) con, al menos, un año de relación con Vínculos. A esto se agrega, que se seleccionaron entrevistados(as) que ocuparan distintos niveles de responsabilidad dentro de las instituciones involucradas en las regiones seleccionadas.

Finalmente, el registro minucioso de la información de los procesos ayuda a ampliar la validez del estudio.

Trascripción y parrilla de Análisis

Se reitera que todas las entrevistas fueron grabadas. Las transcripciones son un elemento muy importante en la recolección de los datos de los discursos de los actores. Al respecto, se utilizó una sola persona dedicada a hacer la transcripción y que conociera de qué se trataba el programa, lo que le permite incluir sin errores los conceptos, siglas y otros modismos que utilizan los actores habitualmente al referirse al programa.

En los análisis que se hicieron y las referencias que se colocaron en el informe, no se colocarán los nombres de los intervinientes, pero sí el tipo de actor que lo señaló.

Se parte del enfoque que los distintos actores involucrados tienen una visión de los temas que se consideran en la consultoría. Se trata de pesquisar la lógica que existe en las distintas argumentaciones, no tratando de dirimir una verdad única, sino que buscando la racionalidad que sustenta cada posición.

Para el análisis se ordenaron los grandes procesos abordados, las secuencias de los mismos y la función que cada tipo de actor tiene en las etapas. Se buscó identificar las coincidencias, divergencias y eventuales propuestas de mejoras planteadas.

Los temas en la parrilla de análisis se ordenan de acuerdo con los distintos componentes y procesos levantados. A continuación, un ejemplo de ese levantamiento y ordenamiento:

COMPONENTE: ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

GESTOR SEMANA

a) apoyar la implementación de la etapa de acompañamiento realizada por los monitores comunitarios

El calendario nosotros lo realizamos y vemos los productos que deben tener los monitores. Buscamos la mejor forma de trabajar con el poco tiempo que tenemos. Nosotros nos organizamos en ver que va primero que va después y armar un temario con diferentes temas para todos los gestores y monitores. Debiera existir un temario general para todos los monitores.

Hay metodologías que llegan después de iniciados los acompañamientos, no existe una auto preparación. Falta que involucren a los equipos regionales y a SENAMA como institución porque últimamente se está tomando la visión que ellos tienen e involucrar a los monitores quienes conocen la realidad y están en terreno. (Gestor SENAMA Región xxx)

ENCARGADO COMUNAL

Hay participación regional en ver el cumplimiento del proceso, que sea como corresponde. La verdad es que para mí es fácil ya que las monitoras tienen la experiencia, desde el año pasado ellas comenzaron el acompañamiento EGIS, ya que antes nos llegaba de los grupos vulnerables y llegaba cualquiera y la persona sabía que era por el bono y el programa no es solo un bono sino que dar un acompañamiento al adulto mayor. Esto nos ha permitido controlar el proceso, que los adultos mayores conozcan a una sola cara y monitor que guiara el proceso. (EC Comuna xxx)

MONITOR COMUNITARIO

a) Desarrollar el modelo de intervención de acuerdo a la metodología diseñada por el acompañamiento psicosocial y socio laboral en cada persona mayor participante del programa

“Nos guiamos del manual psicosocial y socio laboral, este manual es la orientación metodológica, en algunas ocasiones se modifica y siempre es consultado con asistencia técnica.... (MC Comuna xxx)

Profundización Diagnóstica

Año 1

Evaluación de los diagnósticos: Han ido cambiando año a año. Primero era un cuadernillo, ahora es un talonario más práctico, antes era más breve y complejo de aplicarlo, no existía la profundización diagnóstica, en ese tiempo la fase de invitación se hacía mucho antes en octubre, ahora se hace en diciembre. Para los adultos mayores es complejo que le pregunten tantas veces lo mismo, lo que en la realidad se vuelve un problema para el monitor y la persona. Son temas sensibles que hay que tratarlos con cuidado, por ejemplo, ingresos, cómo lo gastan o porque no asiste a sus controles de salud. (Encargado Regional xxxx)

“Componente Diagnóstico es largo ya que se aplica en 3 sesiones, funciona bien, lo que antes no se daba es que las sesiones grupales van intercaladas, en el fondo es mismo resultado ya que las personas logran conocerse en el tiempo,” E comunal Comuna xxxx

CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO.

MONITOR COMUNITARIO

b) Acompañar y apoyar a las personas mayores en la definición y logro del plan de desarrollo y/o plan laboral/ocupacional de acuerdo a las prioridades e intereses de ellos

Este plan es en conjunto la monitora y el adulto mayor se le plantea los temas a trabajar..., MC Constitución

c) estimular y motivar la participación activa del usuario en las iniciativas e instancias comunitarias

....etc

USUARIOS COMENTAN ACOMPAÑAMIENTO

Ellas son muy humanitarias y forman un grupo muy acogedor. Llevamos con estos 2 años y vamos a terminar en mayo del otro año. Usuaría XXX

A medida que fue vaciándose la información en estas matrices, fueron generándose no solo nueva agrupación de temas, sino división entre la tipología de los actores de acuerdo con los hallazgos encontrados.

Luego, estas agrupaciones y la lógica que subyace en las argumentaciones fueron entregando elementos para analizar aspectos del diseño, gestión y procesos de cada componente. Todo esto se cruza con la evidencia escrita para realizar la argumentación lógica, proponer las conclusiones y recomendaciones.

9.2.3. Instructivo para los Entrevistadores

Inicio: Dar su nombre y explicar el objetivo de la entrevista.

Recalcar que no se está evaluando a las personas, de hecho es una entrevista anónima. Sus declaraciones serán agrupadas por roles y temas y no se mencionará quién dijo cada cosa. El objetivo es conocer el programa, ver sus procesos y rescatar los aportes y las posibilidades de mejora. Recalcar especialmente a los profesionales entrevistados que no se trata de una evaluación de resultados.

Señalar la duración aproximada de la entrevista (1,5 hora a profesionales institucionales; 1 hora a beneficiarios(as) adultos(as) mayores).

Explicar que es muy importante grabar la entrevista para no perder la riqueza de lo que se diga durante la reunión. Solo después que ha sido autorizado grabar, sacar la grabadora (nunca antes). En el caso, de negarse a ser grabado, se deberán tomar apuntes y hacer, a la brevedad posible, un informe de lo que dijo el entrevistado.

Caso de los profesionales del MDS, SENAMA y Funcionarios Municipales

Explicar que se usarán como guía de la entrevista las funciones que aparecen en la normas técnicas: **TRANSVERSALES, ETAPA DE DIAGNÓSTICO, ETAPA DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO, ETAPA DE EVALUACIÓN Y CIERRE**). Para abordar cada tema leer la función y pedirle al entrevistado cómo realiza dicha función. Dejar hablar libremente al entrevistado. Las preguntas debajo de cada frase con número, solo es una guía temática para que el entrevistador oriente la conversación. No se trata de seguir ese orden de pregunta, ni preguntarlas textualmente. Facilitar la espontaneidad de la respuesta.

Tres ideas deben fomentarse: Si la normativa se aplica, las dificultades que tienen para hacerla operativa y qué mejoras se le podrían hacer. Se asume que el entrevistado tiene experiencia y puede aportar en la línea de mejora de los procesos. Recordar y tenerlo en claro durante la entrevista, que no se trata de hacer una auditoría.

La entrevista concluye con ***Diseño de los Componentes (APS, ASL, TM, Oferta), Organización, Focalización y selección de beneficiarios***. Es una síntesis final, puede que muchos aspectos se hayan tocado y no será necesario volver a abordarlos.

Caso beneficiarios(as)

Se trata de conocer la vivencia del entrevistado sobre los procesos del programa. Las preguntas son solo una guía para el entrevistador, se debe facilitar el relato espontáneo de cada una de las etapas y componentes. Se debe entender que muchos conceptos del programa no los conozcan, pero sí tienen la vivencia de haber participado o estar participando en los distintos componentes.

9.2.4. Guion de Entrevista por Roles

NIVEL REGIONAL – ENCARGADO REGIONAL DEL PROGRAMA (POR FAVOR, SEÑALAR EL NOMBRE DE ESTE PROFESIONAL)

SEREMI MDS

TRANSVERSALES
<i>a) Administrar, supervisar y apoyar la instalación y desarrollo del programa a nivel Regional y local (Convocatorias) de acuerdo a los estándares requeridos</i>
1. ¿Cómo lo hace, qué estándares?
2. ¿Cómo se impulsa ajustes que se constaten y su seguimiento?
3. ¿Cuáles son las principales dificultades (Ejecutores, RRHH, Plazos)
<i>b) Gestionar los convenios de transferencia de recursos con los ejecutores de la región</i>
1. ¿Cómo lo hacen?
2. ¿Hay coordinación con NC o es trabajo regional solamente?
3. ¿Cómo usa o se relaciona con el componente TM y su metodología (MP_Gestionar_Transferencias_y_Bonos_SSOO)? ¿Lo conoce?
4. ¿Cuáles son las principales dificultades? ¿Cómo se resuelven?
<i>c) Participar de los procesos de selección del perfil técnico de los profesionales que ejecutarán el programa, tanto para el diagnóstico como para los acompañamiento</i>
1. ¿Cómo lo hacen (procedimiento)? ¿Qué nivel de participación tiene?
2. ¿Qué nivel de eficacia y eficiencia posee? (Perfil correcto)
3. ¿Hay coordinación con NC o es trabajo regional solamente?
4. ¿Cómo se impulsan ajustes y qué tan eficaces son, hay seguimiento, quién hace esto? ¿Es el NC quien lo resuelve?
5. ¿Cuáles son las principales dificultades? ¿Cómo se resuelven?
6. ¿Cómo se evalúa este proceso?
7. ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>d) Capacitar a los equipos comunales sobre la ejecución técnica, administrativa y financiera del programa</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. ¿En qué consiste la capacitación y que instrumentos se utilizan para realizarla?
3. ¿Cómo lo hace para impulsar ajustes y el origen de este ajuste? ¿Cómo hace seguimiento de esto? ¿Es trabajo del NC?
4. ¿Cómo se evalúa este proceso de capacitación de los equipos? ¿Se logra traspasar los contenidos y destrezas requeridas?
5. ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>e) Distribuir entre los Especialistas en Grupos Vulnerables, las comunas en las que harán monitorización y seguimiento</i>
1. ¿Cómo lo hace? ¿Cómo se eligen y distribuyen?

2. Aportar esquema de monitorización
3. ¿Quiénes participan del esquema de monitorización? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>f) Administrar y supervisar la implementación del programa a nivel regional</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar esquema de control
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cómo se evalúa este proceso? ¿Cuáles son las dificultades que tiene? (Plazos, instrumentos, accesos a terreno, etc.)
5. ¿Qué mejoras podrían hacerse?
<i>g) Supervisar la gestión administrativa de los equipos comunales mediante la revisión y aprobación de los informes técnicos y financiero de avance</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar esquema de supervisión
3. ¿Quiénes participan del diseño de estas medidas?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cómo se evalúa este proceso? ¿Cuáles son las dificultades que tiene? (Plazos, instrumentos, accesos a terreno, etc.)
6. ¿Qué mejoras podrían hacerse?
<i>h) Elaborar en conjunto con SENAMA, el Plan regional de AT en el que deberá incluir la cantidad de mesas técnicas regionales y comunales que se desarrollarán</i>
1. Explicar brevemente de qué se trata este proceso(aportar copia del Plan Nacional de AT)
2. ¿Hay participación regional?
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>i) Convocar y liderar las Mesas Técnicas Regionales y Comunales en conjunto con SENAMA, con el fin de apoyar y resolver nudos críticos que se puedan presentar en las distintas etapas de ejecución del modelo</i>
1. ¿Existe plan anual inicial de estas mesas (lugar y cantidad; qué consideraciones se toman en cuenta para elaborar este plan)?
2. ¿Cómo se hace seguimiento? (aportar instrumento)
3. ¿Existe actas de estas mesas (MV)?
4. ¿Dónde se sesiona?
5. ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
6. ¿Cuál es la utilidad de estas Mesas? ¿Cómo se evalúa la participación?
7. ¿Qué mejoras podrían hacerse? (Número, participantes, frecuencia, etc.)
ETAPA DE DIAGNÓSTICO
<i>a) Asignar los potenciales usuarios del programa a los Ejecutores para iniciar el</i>

<i>proceso de contacto inicial de las personas mayores potenciales usuarias del programa</i>
1. ¿En qué consiste este proceso? Breve descripción
2. Aportar instrumento de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuáles son las dificultades de este proceso y cómo podría mejorarse?
<i>b) Supervisar las metas de cobertura</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. ¿Cómo define las metas (análisis y procedimiento)?
3. ¿Tiene indicadores? ¿Cómo los define y quién participa?
<i>c) Monitorizar y supervisar la Etapa de Diagnóstico realizada por los Ejecutores</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. ¿Qué instrumento ha diseñado para este efecto y quién participa?
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que se hace de esta fase de Monitoreo y supervisión? (Fortalezas y Debilidades)
5 ¿Cómo podría mejorarse?
6 ¿Qué opinión se tiene de este diagnóstico levantado por el programa? (Duración, calidad del contenido, RRHH, etc.)
7. ¿Qué recomendación se haría de esta etapa?
<i>d) Recepcionar el Oficio con los diagnósticos, planes de intervención y cartas de compromiso de todos los participantes del programa de las respectivas comunas ejecutoras</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
3. ¿Cómo se evalúa esta etapa administrativa? ¿Se podría mejorar?
ETAPA DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO
<i>a) Supervisar los procesos correspondientes de la etapa de seguimiento, velando porque los participantes obtengan una intervención adecuada a su Plan de Intervención</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Qué Medios de verificación existen?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cómo se evalúa esta supervisión? ¿Podría mejorarse?
<i>b) Supervisar y monitorizar las metas de procesos y resultados del modelo a nivel regional y local</i>

1. ¿En qué consiste? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cómo se evalúa esta supervisión? ¿Podría mejorarse?
<i>c) Generar instancias de coordinación con instituciones que apoyen la gestión local de oferta</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. ¿Existe procedimiento para esta tarea y coordinación?
3. ¿Existe inventario de Servicios/prestaciones sociales? ¿Los conoce?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades para la gestión local de la oferta?
6. ¿Cómo podría mejorarse?
<i>d) Apoyar las capacitaciones realizadas por la AT a los ejecutores</i>
1. ¿Cómo lo hace? ¿Cuál es su rol?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿En qué consiste la capacitación y que instrumentos se utilizan para realizarla?
4. ¿Cómo se evalúa este proceso de capacitación de los equipos? ¿Se logra traspasar los contenidos y destrezas requeridas?
5. ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>e) Supervisar el cumplimiento del plan regional de AT de SENAMA</i>
1. ¿Cómo lo hace? Breve descripción
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
ETAPA DE EVALUACIÓN Y CIERRE
<i>a) Supervisar la aplicación de la evaluación final a los usuarios</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Qué hace luego de aplicar la Evaluación final, en términos de procedimientos?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>b) Velar por el cumplimiento de metas del programa en la región</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Qué pasa luego? ¿Adopta medidas locales con base en los indicadores y metas y sus resultados

4. ¿Cómo se procede si hay necesidad de ajustar?
<i>c) Supervisar la gestión administrativa de los equipos comunales mediante la revisión y aprobación de los informes técnicos y financiero final</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>d) Supervisar y monitorizar los cierres administrativos de los convenios con las comunas respectivas</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
COMPONENTES Y ELEMENTOS DEL PROGRAMA
<i>Diseño de los Componentes (APS, ASL, TM, Oferta)</i>
1. ¿Cuál es la apreciación de ejecución de cada uno de estos Componentes? (Duración, procesos involucrados, actores)
2. ¿Cuáles son los facilitadores y los cuellos de botella?
3. ¿Cuáles son las mejoras que deberían hacerse?
4. ¿Existen otros componentes que pudieran agregarse o eliminar alguno de los actuales?
<i>Evaluación Organizacional</i>
1. Participan todas las instancias a nivel nacional, regional y local que se requieren
2. ¿Apreciación qué se hace de cada una de ellas?
3. ¿Cuál de estas entidades aparece como más estratégica en su ejecución?
4. ¿Apreciación de las instancias de participación del programa? (Mesas técnicas)
5. ¿Cuáles son los temas que provocan conflictos entre los involucrados? (RRHH, recursos, plazos, rendiciones, etc.)
6. ¿Cómo podría mejorarse?
<i>Focalización y selección de beneficiarios</i>
1. ¿Cuáles son los posibles errores de inclusión o exclusión de beneficiarios?
2. ¿Existirían otros elementos que replacen o complementen la actual forma de focalizar los beneficiarios?

NIVEL REGIONAL – ESPECIALISTA EN GRUPOS VULNERABLES (POR FAVOR, SEÑALAR EL NOMBRE DE ESTE PROFESIONAL)

SEREMI MDS

TRANSVERSALES
<i>a) Monitorizar las instalación del programa en las comunas asignadas por el Encargado Regional</i>
1. ¿Cómo lo hace y cómo monitoriza?
2. Aportar esquema de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Es definido por el NC? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>b) Apoyar y participar de las instancias de capacitación de los equipos comunales</i>
1. ¿Cuál es su rol? ¿Cómo lo hacen?
2. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Es definido por el NC? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
3. ¿En qué consiste la capacitación y qué instrumentos se utilizan para realizarla?
4. ¿Cómo se evalúa este proceso de capacitación de los equipos? ¿Se logra traspasar los contenidos y destrezas requeridas?
5. ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>c) Velar por el cumplimiento de los objetivos de cada programa y sus metodologías</i>
1. ¿Cómo lo hacen (procedimiento)?
2. ¿Tiene planilla Excel? Aportar esquema
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Es definido por el NC? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>d) Realizar la monitorización de la trayectoria de los usuarios ingresados al Subsistema</i>
1. ¿En qué consiste? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar esquema de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿utilizan acá la línea de base de entrada? Explicar
5. ¿Cuál es la evaluación que hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades? ¿Cómo podría mejorarse?
ETAPA DE DIAGNÓSTICO
<i>a) Monitorizar el desarrollo de la aplicación de instrumentos (documento de compromiso, diagnóstico y plan de intervención) que realiza el ejecutor en las personas mayores para el ingreso al SSYO</i>
1. ¿En qué consiste? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades? ¿Cómo

podría mejorarse?
<i>b) Desarrollar y/o validar, según corresponda la fase diagnóstica inicial para las personas mayores</i>
1. ¿En qué consiste? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento de validación
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades? ¿Cómo podría mejorarse?
<i>c) Solicitar al nivel central la activación de las transferencias monetarias, cuando corresponda, para aquellas personas mayores que hayan decidido participar y han ingresado al programa</i>
1. ¿En qué consiste? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento de administración y control
3. ¿Cómo usa o se relaciona con el componente TM y su metodología (MP_Gestionar_Transferencias_y_Bonos_SSOO)? ¿Lo conoce?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento? ¿Cómo sabe cuándo los AM les han sido transferidos las TM? (qué tipo de TM tendrá, ¿las conoce?)
5. ¿Cuál es la evaluación que hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades? ¿Cómo podría mejorarse?
ETAPA DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO
<i>a) Realizar el seguimiento al plan de intervención para cada participante (instancias grupales e individuales)</i>
1. ¿En qué consiste? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento de seguimiento
3. ¿Qué Medios de verificación existen?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cuál es la evaluación que hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades? ¿Cómo podría mejorarse?
<i>b) Monitorizar los hitos de seguimiento, en las mesas técnicas regionales y comunales</i>
1. ¿En qué consiste? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Qué hitos son esos y quién los define? ¿Es tarea del NC o hay participación de regiones?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cuál es la evaluación que hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades? ¿Cómo podría mejorarse?
6. ¿Cuál es el aporte de esta instancia? ¿Cuáles son sus debilidades y fortalezas? ¿Cómo se

evalúa la participación?
7. ¿Qué mejoras podrían hacerse? (Número, participantes, frecuencia, etc)
<i>c) Participar de todas las instancias de coordinación en el territorio</i>
1. ¿Cuál es su rol? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de estas instancias de coordinación?
5. ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>d) Apoyar al encargado regional en la implementación del programa en las comunas asignadas en el aspecto técnico, administrativo y financiero</i>
1. ¿Cuál es su rol? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuáles son las dificultades de este proceso? ¿Qué mejoras pueden hacerse?
ETAPA DE EVALUACIÓN Y CIERRE
<i>a) Realizar la evaluación final de los participantes del programa con la información desarrolladas por los ejecutores, el seguimiento de las transferencias monetarias, nivel de cumplimiento de condiciones de bienestar y cierre de las sesiones grupales e individuales, asociados a los respectivos acompañamientos</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Utiliza acá la línea de base de salida? ¿Lo conoce?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cómo evalúa este proceso? ¿Cuáles son las dificultades? ¿Son confiables las evidencias? ¿Cómo podría mejorarse?
<i>b) Apoyar el acto de cierre comunal</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Qué pasa luego?
4. ¿Cómo se procede si hay observaciones?
<i>c) Apoyar y monitorizar el proceso de cierre del Convenio de las comunas asignadas</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Qué nivel de exigencias tiene de parte de sus contrapartes en materia de reportes finales, su estructura y contenidos?
Diseño de los Componentes (APS, ASL, TM, Oferta)

1. ¿Cuál es la apreciación de ejecución de cada uno de estos Componentes? (Duración, procesos involucrados, actores)
2. ¿Cuáles son los facilitadores y los cuellos de botella?
3. ¿Cuáles son las mejoras que deberían hacerse?
4. ¿Existen otros componentes que pudieran agregarse o eliminar alguno de los actuales?
Organización
1. Participan todas las instancias a nivel nacional, regional y local que se requieren
2. ¿Apreciación qué se hace de cada una de ellas?
3. ¿Cuál de estas entidades aparece como más estratégica en su ejecución?
4. ¿Apreciación de las instancias de participación del programa? (Mesas técnicas)
5. ¿Cuáles son los temas que provocan conflictos entre los involucrados? (RRHH, recursos, plazos, rendiciones, etc)
6. ¿Cómo podría mejorarse?
Focalización y selección de beneficiarios
1. ¿Cuáles son los posibles errores de inclusión o exclusión de beneficiarios?
2. ¿Existirían otros elementos que replacen o complementen la actual forma de focalizar los beneficiarios?

NIVEL REGIONAL – GESTOR REGIONAL ENCARGADO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA (POR FAVOR, SEÑALAR EL NOMBRE DE ESTE PROFESIONAL)

SENAMA

TRANSVERSALES
<i>a) Asesorar a los equipos comunales en el proceso de Convocatoria</i>
1. ¿Cómo lo hace? Explicar
2. Aportar esquema de asesoría (¿existe instrumento, medio de verificación, aportar)
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>b) Asesorar a los equipos comunales en el proceso de instalación del modelo de intervención y la difusión del mismo</i>
1. ¿Cómo lo hacen?
2. Aportar esquema de asesoría (¿existe instrumento, medio de verificación, aportar)
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>c) Participar del proceso de selección del perfil de los Monitores Comunitarios</i>
1. ¿Cómo lo hacen (procedimiento)?
2. ¿Cómo ha funcionado? ¿ha habido pleno éxito en el proceso de dotación, se han filtrado elementos deficientes, qué han hecho, etc.
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>d) Capacitar a la totalidad del equipo comunal en la metodología de intervención del programa y en las materias que se consideren relevantes para la adecuada ejecución del mismo</i>
1. ¿Cómo lo hacen? ¿Existe medio de verificación? Aportarlo
2. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
3. ¿En qué consiste la capacitación y qué instrumentos se utilizan para realizarla?
4. ¿Cómo se evalúa este proceso de capacitación de los equipos? ¿Se logra traspasar los contenidos y destrezas requeridas?
5. ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>e) Construir en conjunto con el Encargado Regional el Plan de AT</i>
1. ¿En qué consiste? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar esquema de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cómo se evalúa este proceso? ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>f) Aplicar un sistema de evaluación a los Monitores Comunitarios</i>
1. ¿En qué consiste? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar esquema de evaluación (sistema u otro medio de verificación)
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste

cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Qué efectos tiene para el programa una mala o buena evaluación?
5. ¿Cuál ha sido en general el resultado obtenido por los Monitores Comunitarios?
6. ¿Cómo se evalúa este proceso? ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>g) Diseñar e implementar acciones o estrategias de apoyo técnico diferenciadas de acuerdo a las necesidades de capacitación de cada equipo, en función de lograr tanto el cumplimiento de los indicadores como de las prestaciones del modelo de intervención</i>
1. ¿Qué acciones o estrategias? ¿Cómo lo hace?
2. ¿Cómo nacen estas medidas?
3. ¿Qué indicadores son? ¿Son los definidos en el Plan Nacional?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿En qué consiste la capacitación y qué instrumentos se utilizan para realizarla?
6. ¿Cómo se evalúa este proceso de capacitación de los equipos? ¿Se logra traspasar los contenidos y destrezas requeridas?
7. ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>h) Participar de las mesas técnicas regionales y comunales</i>
1. Explicar brevemente (aportar copia de medio de verificación)
2. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
3. ¿Cuál es la evaluación que hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades? ¿Cómo podría mejorarse?
4. ¿Cuál es el aporte de esta instancia? ¿Cuáles son sus debilidades y fortalezas? ¿Cómo se evalúa la participación?
5. ¿Qué mejoras podrían hacerse? (Número, participantes, frecuencia, etc.)
<i>i) Identificar y recoger los aprendizajes y buenas prácticas de los equipos comunales</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. ¿Existe un compendio de ""Buenas Prácticas? ¿Se difunden, son sancionadas por algún estamento, NC, Regional, etc.?
3. ¿Existe medio de verificación?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>j) Informar cuatrimestralmente al Seremi-MDS el avance del modelo de intervención en cada comuna de la región, de acuerdo al plan de AT definido entre ambas partes, de acuerdo a la realidad de cada ejecutor</i>
1. ¿Cómo lo hace? (procedimiento)
2. Aportar instrumento de informe ¿Es el que se consigna en el convenio? ¿Existe formato? ¿Quién lo define? Aportar si existe
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?

4. ¿Cuál es la utilidad de este Informe? ¿Cuál es la relevancia para el SENAMA?
5. ¿Cuál es la evaluación que se hace de este Informe? (Fortalezas y Debilidades)
6. ¿Cómo podría mejorarse?
<i>k) Realizar la gestión de red para fortalecer el trabajo de los servicios y prestaciones sociales</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. ¿Cómo usa o se relaciona con el componente TM y su metodología (MP_Gestionar_Transferencias_y_Bonos_SSOO)? ¿Lo conoce?
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
ETAPA DE DIAGNÓSTICO
<i>a) Capacitar a los ejecutores en aspectos gerontológicos y metodológicos coherente con la etapa diagnóstica</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿En qué consiste la capacitación y qué instrumentos se utilizan para realizarla?
5. ¿Cómo se evalúa este proceso de capacitación? ¿Se logra traspasar los contenidos y destrezas requeridas?
6. ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>b) Monitorizar el cumplimiento de cobertura de las comunas ejecutoras del programa</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que se hace de esta fase de Monitoreo?
ETAPA DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO
<i>a) Apoyar la implementación de la etapas de acompañamiento realizada por los monitores comunitarios</i>
1. ¿Cuál es su rol? ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que se hace de este apoyo?
5. ¿Cómo podría mejorarse?
<i>b) Diseñar e implementar acciones o estrategias de apoyo técnico diferenciadas de acuerdo a las necesidades de capacitación de cada equipo en función de lograr que el modelo de intervención se ejecute de acuerdo a la metodología propuesta</i>
1. ¿Qué acciones o estrategias? ¿Cómo lo hace?
2. ¿Cómo nacen estas medidas?

3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que se hace de este apoyo?
5. ¿Cómo podría mejorarse?
<i>c) Realizar supervisiones en terreno de la gestión efectuada por los monitores comunitarios</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. ¿Posee esquema de supervisión? Aportarlo
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cómo se determina las necesidades observadas?
6. ¿Cómo han resultado estas evaluaciones de los monitores? ¿Cuáles han sido sus fortalezas y debilidades?
<i>d) Realizar acompañamiento a los monitores comunitarios en sesiones individuales y grupales para aportar en su desempeño</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
ETAPA DE EVALUACIÓN Y CIERRE
<i>a) Apoyar con AT a los ejecutores para la implementación de la etapa de evaluación y cierre</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>b) Apoyar a los equipos comunales en el cierre técnico/metodológico del APS y ASL</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Qué pasa luego?
4. ¿Cómo se procede si hay observaciones?
5. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
Diseño de los Componentes (APS, ASL, TM, Oferta)
1. ¿Cuál es la apreciación de ejecución de cada uno de estos Componentes? (Duración, procesos involucrados, actores)
2. ¿Cuáles son los facilitadores y los cuellos de botella?
3. ¿Cuáles son las mejoras que deberían hacerse?
4. ¿Existen otros componentes que pudieran agregarse o eliminar alguno de los actuales?
Organización
1. Participan todas las instancias a nivel nacional, regional y local que se requieren

2. ¿Apreciación qué se hace de cada una de ellas?
3. ¿Cuál de estas entidades aparece como más estratégica en su ejecución?
4. ¿Apreciación de las instancias de participación del programa? (Mesas técnicas)
5. ¿Cuáles son los temas que provocan conflictos entre los involucrados? (RRHH, recursos, plazos, rendiciones, etc.)
6. ¿Cómo podría mejorarse?
Focalización y selección de beneficiarios
1. ¿Cuáles son los posibles errores de inclusión o exclusión de beneficiarios?
2. ¿Existirían otros elementos que replacen o complementen la actual forma de focalizar los beneficiarios?

NIVEL LOCAL – ENCARGADO COMUNAL (POR FAVOR, SEÑALAR EL NOMBRE DE ESTE PROFESIONAL)

MUNICIPALIDADES

TRANSVERSALES
<i>a) Presentar los documentos solicitados en la Convocatoria, así como los señalados en el Convenio de Transferencia y los requeridos por el Sistema de Gestión de Convenios, SIGEC (aceptar invitación, presentar proyecto, plan de cuentas, entre otros), debiendo utilizar en forma exclusiva el SIGEC</i>
1. ¿Cómo lo hace y cómo monitoriza?
2. Aportar esquema de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación qué se hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades y cómo se resuelven?
<i>b) Coordinar la selección y contratación de los monitores comunitarios a cargo de la ejecución del programa, de acuerdo al perfil e indicaciones que esta Resolución establece</i>
1. ¿Cómo lo hacen, cómo coordina?
2. ¿Qué nivel de participación tiene el nivel central?
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación qué se hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades y cómo se resuelven?
<i>c) Efectuar la aplicación de los instrumentos diagnósticos al 100% de la cobertura asignada a la comuna, la que deberá ser validada por los Especialistas en Grupos Vulnerables</i>
1. ¿Cuál es su rol? ¿Cómo lo hacen (procedimiento)?
2. ¿Tiene planilla Excel?
3. ¿Es tarea centralizada el procedimiento (1)? ¿Hay participación regional en este procedimiento?

4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cuál es la evaluación que se hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades y cómo se resuelven?
6. ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>d) Velar por la cobertura asignada en los respectivos acompañamientos</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar esquema de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que se hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades y cómo se resuelven?
5. ¿Qué mejoras pueden hacerse?
<i>e) Participar de las mesas técnicas regionales y comunales a las que sea convocado</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar esquema de monitorización, si procede
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades? ¿Cómo podría mejorarse?
5. ¿Cuál es el aporte de esta instancia? ¿Cuáles son sus debilidades y fortalezas? ¿Cómo se evalúa la participación?
6. ¿Qué mejoras podrían hacerse? (Número, participantes, frecuencia, etc)
<i>f) Participar de las instancias de formación, capacitación y actualización de conocimientos que se generen a instancia de la SEREMI-MDS y SENAMA, con el fin de que se incorporen, desarrollen y/o fortalezcan las competencias básicas que se requieren para prestar una atención de calidad a las personas mayores participantes del programa</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar esquema de control de gestión
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que se hacen de estas capacitaciones? ¿Son útiles? ¿Qué mejoras propone?
<i>g) Generar al menos 6 Comités de Coordinación Intersectorial Local, 3 de ellos en los primeros 12 meses de implementación y los otros 3 en el segundo año, con el fin de realizar análisis de casos y conformación de oferta complementaria para que las personas mayores puedan acceder a prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. ¿Cómo realiza este análisis? ¿Posee esquema estructurado para esta tarea

(procedimiento)?
3. ¿Cómo usa o se relaciona con el componente TM y su metodología (MP_Gestionar_Transferencias_y_Bonos_SSOO)? ¿Lo conoce?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cuál es la evaluación que hace de este proceso? ¿Cuáles son las dificultades? ¿Cómo podría mejorarse?
6. ¿Cuál es el aporte de esta instancia? ¿Cuáles son sus debilidades y fortalezas? ¿Cómo se evalúa la participación?
7. ¿Qué mejoras podrían hacerse? (Número, participantes, frecuencia, etc)
ETAPA DE DIAGNÓSTICO
<i>a) Coordinar la ejecución de la aplicación del programa a nivel local, de acuerdo a lo definido en este documento (NT) y conforme a las disposiciones contenidas en el convenio respectivo, manuales de intervención y demás normativa vigente</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento de coordinación
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>b) Asignar y distribuir la atención de los potenciales usuarios del programa a los Monitores Comunitarios</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento de coordinación
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuáles son las dificultades de este proceso? ¿Cómo se resuelven?
<i>c) Coordinar con el especialista en grupos vulnerables la validación de los instrumentos diagnósticos aplicados por los monitores comunitarios</i>
1. ¿Cómo lo hace (cómo coordina)?
2. Aportar instrumento de coordinación
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuáles son las dificultades de este proceso? ¿Cómo se resuelven?
ETAPA DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO
<i>a) Coordinar la etapa de acompañamiento a nivel local, de acuerdo a lo definido en el convenio suscrito, normativas vigentes y manuales de intervención</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>b) Coordinar la red local existente que permita gestionar las necesidades identificadas en la intervención</i>

1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>c) Monitorizar el desarrollo de la ejecución del programa, velando por la correcta implementación del modelo de intervención, mediante supervisiones en terreno a los monitores comunitarios en la fase individual y grupal en los acompañamientos psicosocial y socio laboral (al menos una supervisión en cada etapa)</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar esquema de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>d) Coordinar con el especialista en grupos vulnerables a los efectos de que éste valide la información de diagnóstico, del seguimiento de los hitos de la intervención y la realización de fases de valoración que son constituyente de la evaluación de los participantes del programa</i>
1. ¿Cómo lo hace? ¿Cuáles son los hitos señalados?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>e) Mantener actualizados los registros físicos y digitales dispuestos para el programa</i>
1. ¿Cómo lo hace? ¿Cuáles son los registros señalados?
2. Aportar instrumentos; Para los registros digitales, ¿cuáles son los sistemas asociados?
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
ETAPA DE EVALUACIÓN Y CIERRE
<i>a) Coordinar la ejecución de las sesiones grupales e individuales de valoración de los usuarios</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>b) Coordinar el cierre técnico y metodológico del modelo de intervención a nivel local</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Diseña y/o aplica cuestionario de control de calidad a usuario? ¿Lo encuentra útil
<i>c) Realizar y enviar el informe técnico y financiero final de acuerdo a los plazos establecidos en el convenio, a la SEREMI</i>
1. ¿Cómo lo hace?

2. Aportar instrumento; ¿Existe un formato de reporte? ¿Es informe o reporte de un sistema? ¿Cuál?
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
d) Gestionar el cierre administrativo del convenio
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento; ¿Existe un procedimiento?
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Qué pasa luego? ¿Hay diseño y aplicación de encuesta de satisfacción?
Diseño de los Componentes (APS, ASL, TM, Oferta)
1. ¿Cuál es la apreciación de ejecución de cada uno de estos Componentes? (Duración, procesos involucrados, actores)
2. ¿Cuáles son los facilitadores y los cuellos de botella?
3. ¿Cuáles son las mejoras que deberían hacerse?
4. ¿Existen otros componentes que pudieran agregarse o eliminar alguno de los actuales?
Organización
1. Participan todas las instancias a nivel nacional, regional y local que se requieren
2. ¿Apreciación qué se hace de cada una de ellas?
3. ¿Cuál de estas entidades aparece como más estratégica en su ejecución?
4. ¿Apreciación de las instancias de participación del programa? (Mesas técnicas)
5. ¿Cuáles son los temas que provocan conflictos entre los involucrados? (RRHH, recursos, plazos, rendiciones, etc.)
6. ¿Cómo podría mejorarse?
Focalización y selección de beneficiarios
1. ¿Cuáles son los posibles errores de inclusión o exclusión de beneficiarios?
2. ¿Existirían otros elementos que remplacen o complementen la actual forma de focalizar los beneficiarios?

NIVEL LOCAL – MONITOR COMUNITARIO (POR FAVOR, SEÑALAR EL NOMBRE DE ESTE PROFESIONAL)

¿Cuánto tiempo lleva en el programa?

¿Cuál es su formación?

MUNICIPALIDADES

TRANSVERSALES
<i>a) Asistir a las capacitaciones efectuadas por el servicio de asistencia técnica y la seremi</i>
1. ¿Cómo lo hace y cómo monitoriza?
2. Aportar esquema de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que se hacen de estas capacitaciones? ¿Son útiles? ¿Qué mejoras propone?
<i>b) Asistir a mesas técnicas comunales y/o regionales a que sean convocados, además de reuniones bilaterales respectivas</i>
1. ¿Cómo lo hacen?
2. Aportar esquema de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Para qué sirven estas mesas?
5. ¿Cuál es la evaluación que tiene de ellas? ¿Qué mejoras le haría?
ETAPA DE DIAGNÓSTICO
<i>a) Administrar el número de participantes asignados por el encargado comunal y validados por el especialista en grupos vulnerables</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento de monitorización
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es su estrategia para vincularse con los participantes?
5. ¿Cuáles son las dificultades que tiene? ¿Los apoyos que tiene del Municipio son suficientes? ¿Qué recomendaciones haría?
<i>b) Coordinarse con especialistas en grupos vulnerables para la validación de la fase diagnóstica, que considera las siguientes acciones y/o aplicación de los siguientes instrumentos</i>
i. Aplicación Documento de Compromiso
1. ¿Cómo lo hace?
ii. Aplicar el instrumento de diagnóstico a las personas mayores que firmaron el documento de compromiso, el cual será validado por el especialista en grupos vulnerables
2. Aportar instrumento
3. ¿Cuál es la evaluación que hace de este instrumento? ¿Es útil? ¿Qué mejoras le haría?

iii. Gestionar la firma del plan de intervención definido de acuerdo a los resultados del instrumento de diagnóstico
4. Explicar. ¿Tiene alguna dificultad este proceso?
iv. Disponer toda la información en la plataforma informática dispuesta para esta etapa
5. Explicar, ¿Qué sistema? ¿Cuál es la evaluación que tiene de esta plataforma?
ETAPA DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO
<i>a) Desarrollar el modelo de intervención de acuerdo a la metodología diseñada para el acompañamiento psicosocial y socio laboral en cada persona mayor participante del programa</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que hace del Componente Acompañamiento Psicosocial? (Materiales, los plazos, apoyos, Matriz de bienestar, Mapa de oportunidades, factibilidad de lograr las metas)
5 ¿Qué mejoras le haría?
<i>b) Acompañar y apoyar a las personas mayores en la definición y logro del plan de desarrollo y/o plan laboral/ocupacional de acuerdo a las prioridades e intereses de ellos</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. ¿Cómo procede si hay brechas?
3. Aportar instrumento
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cuál es la evaluación que hace del Componente Socio laboral? (Materiales, los plazos, apoyos, Aspiraciones de los usuarios, Mapa de oportunidades, factibilidad de lograr las metas)
6 ¿Qué mejoras le haría?
<i>c) Estimular y motivar la participación activa del usuario en las iniciativas e instancias comunitarias</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuáles son las mayores dificultades para motivar? ¿Todos los participantes cumplen el perfil? ¿Cuáles son los problemas al respecto?
<i>d) Mantener al día el registro informático y los medios físicos de verificación (cuadernillo) velando por la veracidad de los datos consignados</i>
1. ¿Cómo lo hace? ¿Qué sistema?

2. Aportar instrumento
3. ¿Cómo se determina "la veracidad de los datos? ¿Cómo procede si no hay veracidad?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cómo evalúa este proceso? ¿Cuáles son las dificultades?
<i>e) Resguardar los medios de verificación y todos los documentos descritos en el presente documento (NT)</i>
1. ¿Cómo lo hace? ¿Qué sistema si hay medios de verificación digitales?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cómo evalúa este proceso? ¿Cuáles son las dificultades?
<i>f) Conocer las redes comunitarias existentes en el entorno de la persona mayor, contactando al usuario con aquellas organizaciones de interés a través del levantamiento del Mapa de Oportunidades</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Cómo usa o se relaciona con el componente TM y su metodología (MP_Gestionar_Transferencias_y_Bonos_SSOO)? ¿Lo conoce?
4. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
5. ¿Cuál es su evaluación del Mapa de Oportunidades, tanto para levantar la información como su utilidad? ¿Qué recomendaciones haría?
<i>g) Participar en las redes locales y provinciales de temáticas del adulto mayor, con la finalidad de aportar con actividades complementarias a los usuarios del programa, como turismo local, plazas ciudadanas, entre otras</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cómo evalúa este proceso? ¿Qué sugerencias haría?
<i>h) Participar en las instancias de formación y capacitación a las que sea convocado por SENAMA y/o Seremi-MDS</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cuál es la evaluación que se hacen de estas capacitaciones? ¿Son útiles? ¿Qué mejoras propone?
ETAPA DE EVALUACIÓN Y CIERRE
<i>a) Realizar las sesiones individuales y grupales de valoración del proceso que insuman</i>

<i>el proceso de evaluación de las personas mayores participantes del programa</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Cómo evalúa este proceso? ¿Cuáles han sido los resultados?
<i>b) Realizar el proceso de cierre técnico y metodológico con las personas mayores participantes del programa</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
<i>c) Apoyar al encargado comunal en el cierre administrativo y financiero del convenio</i>
1. ¿Cómo lo hace?
2. Aportar instrumento
3. ¿Existe un esquema preestablecido? ¿Hay participación regional? ¿Si se requiere ajuste cómo procede y hace seguimiento?
4. ¿Qué pasa luego? ¿Diseña y aplica encuesta de satisfacción al usuario?
<i>Diseño de los Componentes (APS, ASL, TM,Oferta)</i>
1. ¿Cuál es la apreciación de ejecución de cada uno de estos Componentes? (Duración, procesos involucrados, actores)
2. ¿Cuáles son los facilitadores y los cuellos de botella?
3. ¿Cuáles son las mejoras que deberían hacerse?
4. ¿Existen otros componentes que pudieran agregarse o eliminar alguno de los actuales?
<i>Organización</i>
1. Participan todas las instancias a nivel nacional, regional y local que se requieren
2. ¿Apreciación qué se hace de cada una de ellas?
3. ¿Cuál de estas entidades aparece como más estratégica en su ejecución?
4. ¿Apreciación de las instancias de participación del programa? (Mesas técnicas)
5. ¿Cuáles son los temas que provocan conflictos entre los involucrados? (RRHH, recursos, plazos, rendiciones, etc)
6. ¿Cómo podría mejorarse?
<i>Focalización y selección de beneficiarios</i>
1. ¿Cuáles son los posibles errores de inclusión o exclusión de beneficiarios?
2. ¿Existirían otros elementos que replacen o complementen la actual forma de focalizar los beneficiarios?

NIVEL LOCAL – Usuarios (POR FAVOR, SEÑALAR EL NOMBRE, solo para uso interno)

Edad

Región

Comuna

¿Cuánto tiempo lleva en el programa?

INGRESO AL PROGRAMA
<i>a) Contacto con el programa</i>
1. ¿Cómo llegó al programa?
2. ¿Quién lo contactó?
3. ¿Qué lo motivó a participar?
4. ¿Tuvo que firmar alguna documentación? ¿Cuéntenos de las sesiones iniciales? ¿Para qué se hicieron?
5. ¿Qué sabe del Plan de Intervención? (Adaptar el lenguaje para la comprensión del entrevistado). ¿Para qué sirve? ¿Le ha servido?
<i>b) Acompañamiento Psicosocial</i>
1. ¿Qué está haciendo ahora? ¿Cuánto tiempo lleva?
2. ¿Cómo se hace? ¿Lo vienen a visitar? ¿Cuántas veces? ¿Quién viene?
3. ¿Ha tenido reuniones? ¿Son individuales? ¿Grupales? ¿Le interesa que vengan a verlo? ¿Por qué?
4. ¿Para qué le ha servido? ¿Sabe cuándo termina? ¿Ha recibido materiales de apoyo?
5. ¿Le ha sido útil?
<i>c) Acompañamiento Socio laboral (Si corresponde)</i>
1. ¿Sabe por qué lo seleccionaron? ¿Qué tuvo que hacer para integrarse a este Acompañamiento?
2. ¿Qué está haciendo ahora? ¿Cuánto tiempo lleva?
3. ¿Cómo se hace? ¿Lo vienen a visitar? ¿Cuántas veces? ¿Quién viene?
4. ¿Ha tenido reuniones? ¿Son individuales? ¿Grupales? ¿Le interesa que vengan a verlo? ¿Por qué?
5. ¿Para qué le ha servido? ¿Sabe cuándo termina? ¿Ha recibido materiales de apoyo?
6. ¿Es lo que esperaba?
<i>d) Transferencias monetarias</i>
1. ¿Está recibiendo algún beneficio económico? ¿Qué tuvo que hacer para obtenerlo? ¿Hasta cuándo le dura?
2. ¿Cómo hace para cobrarlo? ¿Son fáciles los trámites?
<i>e) Oferta</i>
1.- ¿Qué otras cosas ha recibido por participar? ¿Cómo se lograron? ¿Quién le ayudo? ¿Qué tuvo que hacer?
Comentario libre del entrevistado

9.2.5. Clasificación de los Indicadores de la Matriz de Bienestar en Productos y Resultados

Dimensión Ocupación			
Condición de Bienestar	Indicador	Resultado	Producto
Oc1: El Adulto Mayor realiza las actividades de la vida diaria e instrumentales y cuenta con apoyos externos.	I 1 El AM que presenta dificultades para realizar sus actividades diarias y/o instrumentales, cuenta con apoyos externos para su realización.		X
	Observación. Todos los indicadores que introduzcan el concepto, “cuentan con” se entenderá que es un servicio que el programa les otorga o consigue para mejorar las condiciones de los usuarios(as).		
Oc2: El Adulto Mayor se relaciona con personas de su entorno.	I 2: El AM, si así lo desea, puede salir de su domicilio para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, ir de compras o de paseo con otras personas o asistir a una organización de su interés.	X	
	Observación. Es una conducta que refleja una autonomía del usuario(a) para realizar una actividad. Lo mismo se da en el I3		
	I 3: El Adulto Mayor se puede comunicar por teléfono con amigos, familiares u otros durante la última semana (si la persona no tiene teléfono, la pregunta también es válida)	X	
	I 4: El Adulto Mayor cuenta con personas de confianza a quienes visita en su casa		X
	I 5: El Adulto Mayor cuenta con personas que lo visitan		X
	I 6: El Adulto Mayor cuenta con quien o quienes realizar celebraciones (Cumpleaños, fiestas, etc.) u organizar otras actividades de su interés.		X
	I 7: El Adulto Mayor cuenta con alguien que lo apoye en temáticas de salud, tareas domésticas, etc.		X
	I 8: El Adulto Mayor sabe dónde ir si necesita ayuda social (pensión, acceso a apoyo para alimentos, necesidad habitacional).		X
	Observación. Aquí el servicio es la entrega de una información o conocimiento al usuario(a)		
	Oc3: El Adulto Mayor estructura una rutina diaria a partir de sus intereses.	I 9: El Adulto Mayor desarrolla ocupaciones significativas de forma regular, a partir de sus intereses e inquietudes.	X
Observación. El desarrollo de ocupaciones es una conducta que realiza el AM de forma voluntaria.			
I 10: El Adulto Mayor sabe dónde ir si quiere realizar alguna actividad de tiempo libre: taller de manualidades, ejercicios, pintura, etc.			X
Observación. “Sabe dónde ir” se entenderá como un servicio de			

	información o conocimiento entregado por el programa al usuario(a)		
	I 11: El Adulto Mayor sabe dónde ir si quiere reunirse con personas de su edad.		X
	I 12: El Adulto Mayor accede, en caso de interesarle, a talleres y/o actividades de recreación, formación personal, actividades culturales, alfabetización digital u otros.		X
	Observación. El concepto “acceso” se entenderá como un servicio que el usuario(a) utiliza por información, conocimiento o tramitación facilitado por el programa		
Oc4: El Adulto Mayor, si lo desea, participa en actividades productivas remuneradas y no remuneradas de su interés.	I 13: El Adulto Mayor, si se le presenta la oportunidad, realiza alguna actividad para aumentar sus ingresos.	X	
	Observación. Realiza una actividad si se presenta la oportunidad, refleja una conducta voluntaria y por propia iniciativa. Comentario que se aplica a los indicadores I 14 e I 15		
	I 14: El Adulto Mayor realiza, si se le presenta la oportunidad y le interesa, un trabajo no remunerado, por ejemplo, voluntariado, obras de caridad, etc.	X	
	I 15: El Adulto Mayor, si lo desea, participa en actividades educativas y/o de capacitación en oficios en forma individual o a través de una organización.	X	
Dimensión Ingresos			
In 1: El Adulto Mayor hace uso de las garantías de ingresos económicos permanentes de la protección social.	I 16: El Adulto Mayor de 65 años y más, que cumple con los requisitos, está recibiendo la Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBSV).		X
	Observación. Los indicadores i 17 a 1 21 corresponde a bienes a que accede el AM.		
	I 17: El adulto mayor de 65 años y más, cuya pensión base sea inferior a lo establecido en la Ley 20.255 y que cumpla con los requisitos, reciba el Aporte Previsional Solidario de Vejez (APSV).		X
	I 18: La mujer mayor que se haya pensionado o jubilado haya recibido el Bono por hijo nacido vivo o adoptado, si le corresponde.		X
	I 19: La mujer mayor de 60 años y el hombre mayor de 65 años, que realizaron cotizaciones previsionales durante su edad laboral, están recibiendo su jubilación.		X
	I 20: EL hombre y la mujer mayor, que al momento de pensionarse o estando pensionados, presenten un monto de pensión inferior a la pensión mínima vigente, estén recibiendo la Garantía Estatal por Pensión		X

	Mínima.		
	I 21: El Adulto Mayor obtiene la exención o rebaja de pago de impuestos territoriales, si corresponde.		X
In 2: El Adulto Mayor accede a los ingresos transitorios garantizados si cumple con los requisitos legales.	I 22: El Adulto Mayor se encuentre recibiendo el Bono de Protección de acuerdo a la Ley 20.595.		X
	I 23: El Adulto Mayor, si corresponde, recibe el Aporte Familiar Permanente.		X
In 3: El Adulto Mayor cuenta con redes de apoyo para organizar su presupuesto en función de su plan de desarrollo.	I 24: El Adulto Mayor adquiere conocimientos necesarios para organizar y optimizar el presupuesto y si lo desea puede asistir a talleres de educación financiera.		X
	I 25: El Adulto Mayor, si se interesa, participa en iniciativas colectivas para la optimización del presupuesto (comprando juntos, cooperativas de ahorra, etc.).	X	
	Observación. Corresponde a una conducta voluntaria del AM para participar en iniciativas colectivas.		
Dimensión Salud			
Sa 1: El Adulto Mayor recibe las prestaciones garantizadas correspondientes a su edad y/o condición de salud física o mental.	I 26: El adulto Mayor se encuentre afiliado a un sistema previsional de salud y/o inscrito en el Centro de Salud Primaria correspondiente a su domicilio.		X
	I 27: El adulto Mayor está siendo atendido en cumplimiento a las Garantías Explícitas en Salud (GES) si se encuentre afectado por alguna de las patologías cubiertas por el AUGE.		X
Sa 2: El Adulto Mayor encuentra satisfechas sus necesidades alimentarias.	I 28: El Adulto Mayor accede al consumo diario de alimentos que le permita la satisfacción de sus necesidades nutricionales.		X
	I 29: El adulto Mayor accede a comidas variadas en alimentos.		X
	I 30: El adulto Mayor cuenta con equipamiento básico necesario para la preparación y consumo de alimentos (cocina e implementos).		X
	I 31: El adulto Mayor posee una condición dental que le permite alimentarse sin dificultad.		X
Sa 3: El Adulto Mayor en situación de discapacidad está recibiendo la atención de salud que requiere	I 32: El adulto Mayor que presenta alguna discapacidad, se encuentra bajo control profesional en el nivel de atención de salud que corresponda, de acuerdo a los protocolos del MINSAL.		X
	I 33: El adulto Mayor que se encuentra en situación de discapacidad está inscrito en el Registro Nacional de Discapacidad y si lo desea participa en alguna organización de personas en situación de discapacidad.		X

	I 34: El Adulto Mayor que se encuentra en situación de discapacidad, está recibiendo las ayudas técnicas que requiera su situación.		X
Sa 4: El Adulto Mayor conoce y/o participa en instancias grupales para abordar temas de salud.	35: El Adulto Mayor, en caso de ser posible, conoce y/o participa en instancias colectivas en las cuales se abordan temáticas de salud.		X
Sa 5: El Adulto Mayor desarrolla prácticas de autocuidado físico y cognitivo.	I 36: El Adulto Mayor conoce las medidas para promover el autocuidado para mantener su autonomía física y/o cognitiva		X
	I 37: El Adulto Mayor participa de actividades de estimulación cognitiva y mantención física		X
Sa 6: El Adulto Mayor promueve el ejercicio de sus derechos en el ámbito de la salud.	I 38: El Adulto Mayor está informado sobre cuáles son sus derechos y deberes como paciente.		X
Dimensión Autonomía			
Au 1: El Adulto Mayor promueve su derecho a la toma de decisiones sobre su vida.	I 39: El Adulto Mayor es capaz de tomar decisiones.	X	
	I 40: El Adulto Mayor decide y planifica libremente las actividades que hacer durante el día.	X	
	I 41: El Adulto Mayor decide qué hacer con su tiempo libre.	X	
	I 42: El Adulto Mayor, si lo decide y cuenta con las condiciones puede ir a lugares que sean de su interés.	X	
	I 43: El Adulto Mayor maneja y administra su propio dinero.	X	
	I 44: El Adulto Mayor siente que se respeta su voluntad en el caso de que necesite apoyo de otras personas para alguna actividad de su vida (alimentación, vestuario, higiene, compras, traslados, salidas, visitas, tratamientos, etc.)		X
	Observación. Se le considera un servicio otorgado al usuario(a), en cuanto el MC debe detectar cuando el AM pueda ser afectado por maltrato.		
	I 45: El Adulto Mayor cuenta con información sociopolítica y decide por sí mismo si ejerce su derecho a voto.		X
	Observación. Se ha privilegiado el concepto de contar o no contar con información sociopolítica que le permita decidir. Por eso se le considera como otorgamiento de un servicio.		
	I 46: El Adulto Mayor, si así lo desea, participa en reuniones para tratar temas del barrio (en la Junta de Vecinos, Municipalidad, en el pasaje, etc.).	X	

	I 47: El Adulto Mayor reconoce sus recursos personales y familiares, así como los recursos institucionales y comunitarios presentes en el territorio.		X
	Observación. Se le considera un servicio en cuanto el MC apoya a que el AM reconozca los recursos con que cuenta		
Dimensión Vivienda y entorno			
Vd 1: El Adulto Mayor accede a prestaciones que aportan a su situación habitacional en caso que lo requiera	I 48: El Adulto Mayor tiene regularizada la situación del terreno y/o de la vivienda donde habita.		X
	I 49: El Adulto Mayor que no es propietario y cumple los requisitos postula a los subsidios de construcción, compra o programas especiales de vivienda.		X
	I 50: El Adulto Mayor se vincula con las instancias pertinentes que favorezcan su integración a comités de vivienda o allegados.		X
	Observación. Se le considera un servicio porque es el MC quien entrega la información para posibilitar el paso posterior del AM de conectarse.		
Vd 2: El Adulto Mayor reside en una vivienda que está en condiciones de seguridad y confortabilidad adecuadas para su bienestar.	I 51: La vivienda donde habita El Adulto Mayor cuenta con los servicios básicos adecuados.		X
	I 52: El Adulto Mayor cuenta con un espacio adecuado para producir alimentos.		X
	I 53: El Adulto Mayor reside en una vivienda que cuente con condiciones necesarias de acceso y desplazamiento que permitan el desarrollo de sus actividades cotidianas.		X
	I 54: El Adulto Mayor que tenga mascotas o animales, cuente con condiciones y hábitos que aseguren una tenencia responsable de ellos.		X
Vd 3: El entorno de la vivienda en donde reside el Adulto Mayor cuenta con las condiciones adecuadas para su pleno desarrollo.	I 55: El Adulto Mayor cuenta con un ambiente libre de contaminación.		X
	I 56: El Adulto Mayor cuenta con emplazamiento, acceso y vías de circulación seguras a la vivienda.		X
	I 57: El Adulto Mayor puede acceder al equipamiento comunitario y equipamiento público.		X
	I 58: El Adulto Mayor cuenta con un plan para situaciones de emergencia relacionado con su red personal, vecinal e institucional de apoyo.		X
Vd 4: El Adulto Mayor conoce las organizaciones sociales y redes institucionales vinculadas al territorio o a temáticas de interés.	I 59: El Adulto Mayor conoce los recursos vecinales y comunitarios existentes en el territorio.		X
	I 60: El Adulto Mayor participa en eventos comunitarios existentes en su barrio y/o comuna, de acuerdo a sus intereses y	X	

	posibilidades de acceso.		
	I 61: El Adulto Mayor cuenta con asesoría jurídica gratuita, en caso de requerirlo y de acuerdo a disponibilidad de la misma en el territorio.		X

Fuente: Elaboración propia a partir MDS. Orientaciones Metodológicas. Programa Vínculos. Versión 12

9.3. Macroproceso Programa Vínculos

El macroproceso del Programa Vínculos se compone de los siguientes procesos:

1. Construcción de nómina de Prelación.
2. Invitación a municipios
3. Acompañamiento a la Trayectoria – Programa EJE - Etapa de Diagnostico
4. Acompañamiento Psicosocial (APS)
5. Acompañamiento Socio laboral (ASL)
6. Bonos y Transferencias Monetarias Transitorias,
7. Servicios y Prestaciones Sociales.
8. Asistencia Técnica y Capacitación.

9.3.1. Proceso 1: Construcción de Nómina

Objetivo

El objetivo de la Construcción de la nómina es estimar, para cada persona elegible, el nivel de cumplimiento de las condiciones que el programa considera prioritarias para la entrega de las prestaciones. De esta manera, invitando primero a las personas que presentan el problema central de programa en forma más profunda, se busca focalizar la atención a la población que más lo requiere.

Responsabilidad y Autoridad

La construcción de la nómina Vínculos de cada año es responsabilidad del MDS, a través, de la División de Promoción y Protección Social de la Subsecretaría de Servicios Sociales.

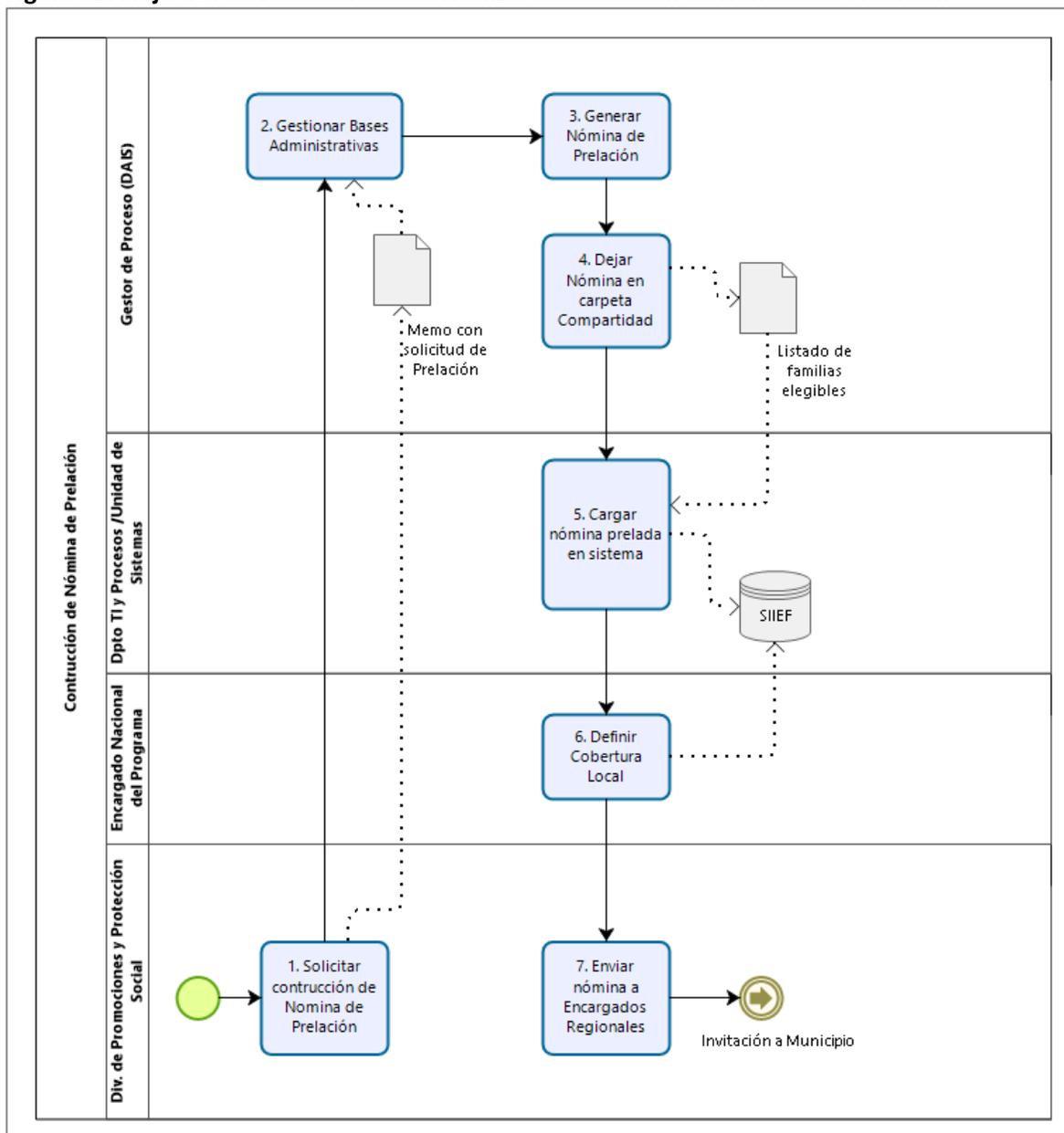
Descripción

El proceso comienza cuando la División de Promoción y Protección Social, encargada del Programa Vínculos, solicita a al Departamento de Análisis de la Información Social (DAIS) la construcción de la nómina de Prelación.

Luego, en conjunto, definen el detalle los procesos y alcances de la construcción de nómina, para entonces generarla. Ésta se graba en la carpeta compartida, para incorporarle el cálculo de la prioridad de cada persona, e ingresar la nómina prelada al SIIEF.

El Encargado Nacional de programa, en función del presupuesto, define la cobertura local, y la ingresa al SIIEF. Entonces la nómina prelada, con la cobertura local asignada, se envía (mediante sistema) a los Encargados Regionales para iniciar la invitación a municipios.

Figura 51. Flujo de Actividades Proceso Realizar Construcción de Nómina de Prelación



Fuente: Elaboración propia a partir de documento Proceso Gestionar Transferencias Monetarias y Bonos del Sistema Seguridades y Oportunidades, Ministerio de Desarrollo Social. Diciembre 2015.

Cuadro 24. Descriptivo de Actividades Proceso Realizar Construcción de Nómina de Prelación

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
1	Solicitar construcción de nómina de Prelación	Jefe de División de Promoción y Protección Social.		Se solicita la construcción de la nómina de prelación a la DAIS, de acuerdo a las reglas definidas por la DPS	2	1 vez al año, mes Julio		Memo con solicitud de prelación
2	Gestionar Bases Administrativas	Gestor del Proceso (DAIS)	Memo con solicitud de prelación	Se gestionan los requerimientos para la construcción de la nómina de prelación de acuerdo a las normas legales.	3	1 vez al año	Portal RIS	
3	Generar nómina de Prelación	Gestor del Proceso (DAIS)		Se genera la nómina de prelación.	4	1 vez al año		Archivo CSV
4	Dejar nómina en carpeta compartida	Gestor del Proceso (DAIS)		Una vez generada la nómina se deja en carpeta compartida para que posteriormente sea cargada en el sistema eje.	5	1 vez al año	NAS	Listado de familias elegibles
5	Cargar nómina prelada en sistema Eje	Depto de TI y Procesos/Unidad de Sistemas	Listado de familias elegibles	Se carga nómina prelada en Sistema Eje.	6	1 vez al año	SIIEF	Nómina Prelada Nacional
6	Definir coberturas locales	Encargado Nacional del programa		Considerando el marco presupuestario, el Encargado Nacional del programa define las coberturas locales.	7	1 vez al año	SIIEF	Nomina prelada con metas de cobertura
7	Enviar nómina a Encargados Regionales	División de Promoción y Protección Social	Nómina Prelada con metas de cobertura	El Encargado nacional del programa envía nomina regional a cada Encargado Regional del programa.	FIN	1 vez al año	SIIEF	Nómina prelada con metas de cobertura de cada Región.

Fuente: Elaboración propia a partir de documento Proceso Gestionar Transferencias Monetarias y Bonos del Sistema Seguridades y Oportunidades, Ministerio de Desarrollo Social. Diciembre 2015.

9.3.2. Proceso 2: Invitación a Municipios

Propósito Invitación a Municipios

Esta etapa tiene como propósito preparar administrativamente los convenios de transferencia de recursos que permitirán, anualmente, el inicio de la ejecución del Programa Vínculos.

Responsabilidad y Autoridad

El Invitación a municipios, en el marco del Programa Vínculos, es responsabilidad del MDS, a través de la División de Promoción y Protección Social de la Subsecretaría de Servicios Sociales.

Descripción

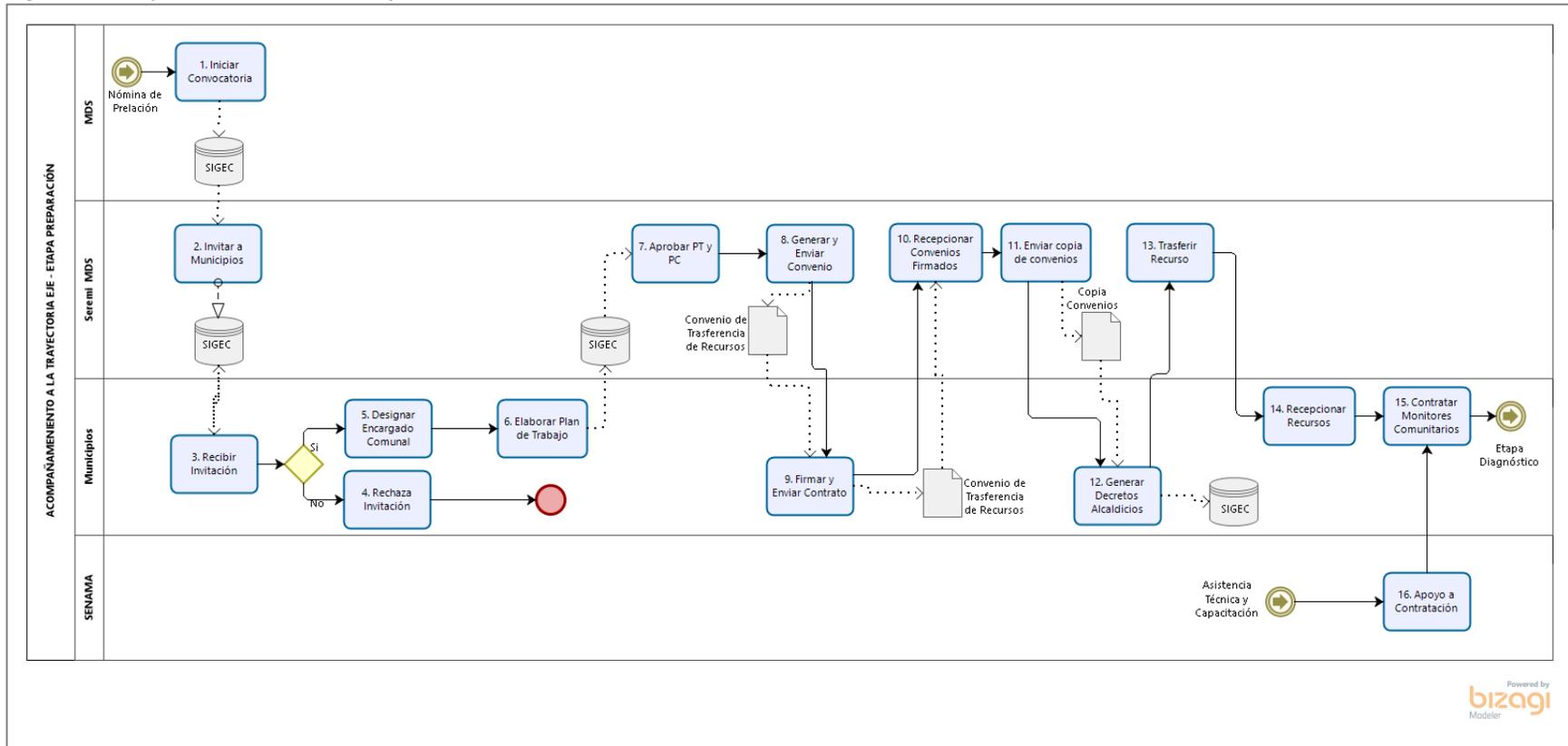
El proceso comienza una vez que la División de Promoción y Protección Social cuenta con la nómina de posibles beneficiarios(as) según comuna.

Entonces la Secretaria Regional Ministerial, invita a las municipalidades donde residen los(as) AM presentes en la nómina, a ser participantes del programa.

Las municipalidades que aceptan la invitación, elaboran un Plan de Trabajo y un Plan de Cuentas, que debe ser validado por el Encargado Regional del programa, para entonces generarse el convenio de transferencia de recursos, el decreto respectivo y la transferencia de los recursos.

El proceso finaliza con la contratación de los(as) MC.

Figura 52. Flujo Invitación a Municipios



Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 25. Descriptivo de Actividades Proceso.

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
1	Iniciar convocatoria	Encargado Regional SEREMI MDS		El encargado regional recibe, a través de SIGEC, la invitación de las comunas para su región, luego de haber establecido las coberturas y los recursos asociados a esa cobertura.	2		SIGEC	Listado de comunas a invitar
2	Invitación a municipios	Secretario Regional Ministerial MDS	Listado de comunas a invitar	El Encargado Regional de la SEREMI invita a los municipios de acuerdo a la cobertura y focalización establecida.	3		SIGEC	-
3	Recibir invitación	Alcalde de municipios	-	Los Directores de Desarrollo Comunitario encargados comunales reciben la invitación a participar como ejecutor del programa.	4 o 5		SIGEC	-
4	Rechazar invitación	Alcalde de municipios	-	Si el municipio decide rechazar la invitación, le informa su decisión al Encargado Regional del programa.	FIN		SIGEC	-
5	Designar al EC	Alcalde de municipios	-	Si el municipio decide aceptar la invitación, le informa su decisión al Encargado Regional del programa y el municipio designa al EC del programa.	6		SIGEC	
6	Elaborar Plan de Trabajo y Cuentas	EC		El(la) EC prepara el Plan de Trabajo (PT) y el Plan de Cuentas (PC) para la Comuna.	7		SIGEC	Plan de Trabajo (PT) y Plan de Cuentas (PC) de cada municipio
7	Aprobar PT y PC	Encargado Regional SEREMI MDS	PT y PC de los Municipios	El Encargado Regional del programa, revisa los PT y PC de los municipios que aceptaron la invitación a participar del programa. Si hay observaciones, estas se corrigen con el(la) EC.	8	6 días hábiles	SIGEC	PT y PC de los municipios aprobados

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
8	Generar y enviar convenio	Encargado Regional SEREMI MDS	PT y PC de municipios	Generar y enviar Convenios de Transferencia de recursos con los ejecutores de la Región.	9		SIGEC	Convenios de Transferencia de Recursos
9	Firmar y enviar convenio	Alcalde	Convenios de Transferencia de Recursos	Firma de Convenio de Transferencia de Recursos y los envía a SEREMI MDS.	10		SIGEC	Convenios de Transferencia de Recursos firmados
10	Decepcionar convenios firmados	Encargado Regional SEREMI MDS	Convenios de Transferencia de Recursos firmados	Recibir Convenios de Transferencia de Recursos firmados por Alcaldes.	11		SIGEC	-
11	Enviar copia de convenios	Encargado Regional SEREMI MDS	-	Envía copia de Convenios de Transferencia de Recursos a municipios para generar los Decretos Alcaldicios.	12		SIGEC	Copia de Convenios de Transferencia de Recursos firmados
12	Generar Decretos alcaldicios	EC	Copia de Convenios de Transferencia de Recursos firmados	Se generan los Decretos Alcaldicios necesarios para la recepción y asignación de los recursos para el desarrollo del programa	12		SIGEC	Decretos Alcaldicios
13	Transferir recursos	Secretario Regional Ministerial MDS	Decretos Alcaldicios	Se transfieren los recursos desde el MDS a los municipios.	13		SIGEC	Convenios de Transferencias
12	Recepcionar recursos	Alcalde	Convenios de Transferencias	Los municipios reciben los recursos.	14		SIGEC	-

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
13	Apoya contratación de MC	Gestor Regional SENAMA Y SEREMIA	-	Participar del proceso de selección del perfil de los(as) MC.	14		-	Perfil de cargo para MC.
14	Contratar MC	Alcalde	Perfil de cargo para MC.	Los municipios contratan los(as) MC que requiere su plan de Trabajo.	FIN		-	Contratos de MC.

9.3.3. Proceso 3: Acompañamiento a la Trayectoria - Programa Eje - Etapa Diagnóstico

Propósito Acompañamiento a La Trayectoria – Programa Eje – Etapa de Diagnóstico

Consiste en la realización del contacto inicial, aplicación de un Diagnóstico Eje y la elaboración de un Plan de Intervención para el 100% de la cobertura.

Responsabilidad y Autoridad

El Acompañamiento a la Trayectoria – Programa Eje – Etapa de Diagnóstico, en el marco del Programa Vínculos, es responsabilidad del EC.

Descripción

El proceso comienza una vez que se cuenta con la nómina de posibles beneficiarios(as). Entonces se inician las capacitaciones a los equipos municipales: EC y MC:

- EGV de las SEREMI MDS, capacita en instrumentos
- Gestor Regional de SENAMA capacita en temas gerontológicos y metodológicos

Luego los(as) MC comienzan con el Contacto Inicial con el usuario, informando respecto del programa en invitando a participar. Este proceso debe ser llevado a cabo en estricto orden de prelación de la nómina, ante lo cual los(as) AM pueden aceptar o rechazar la invitación.

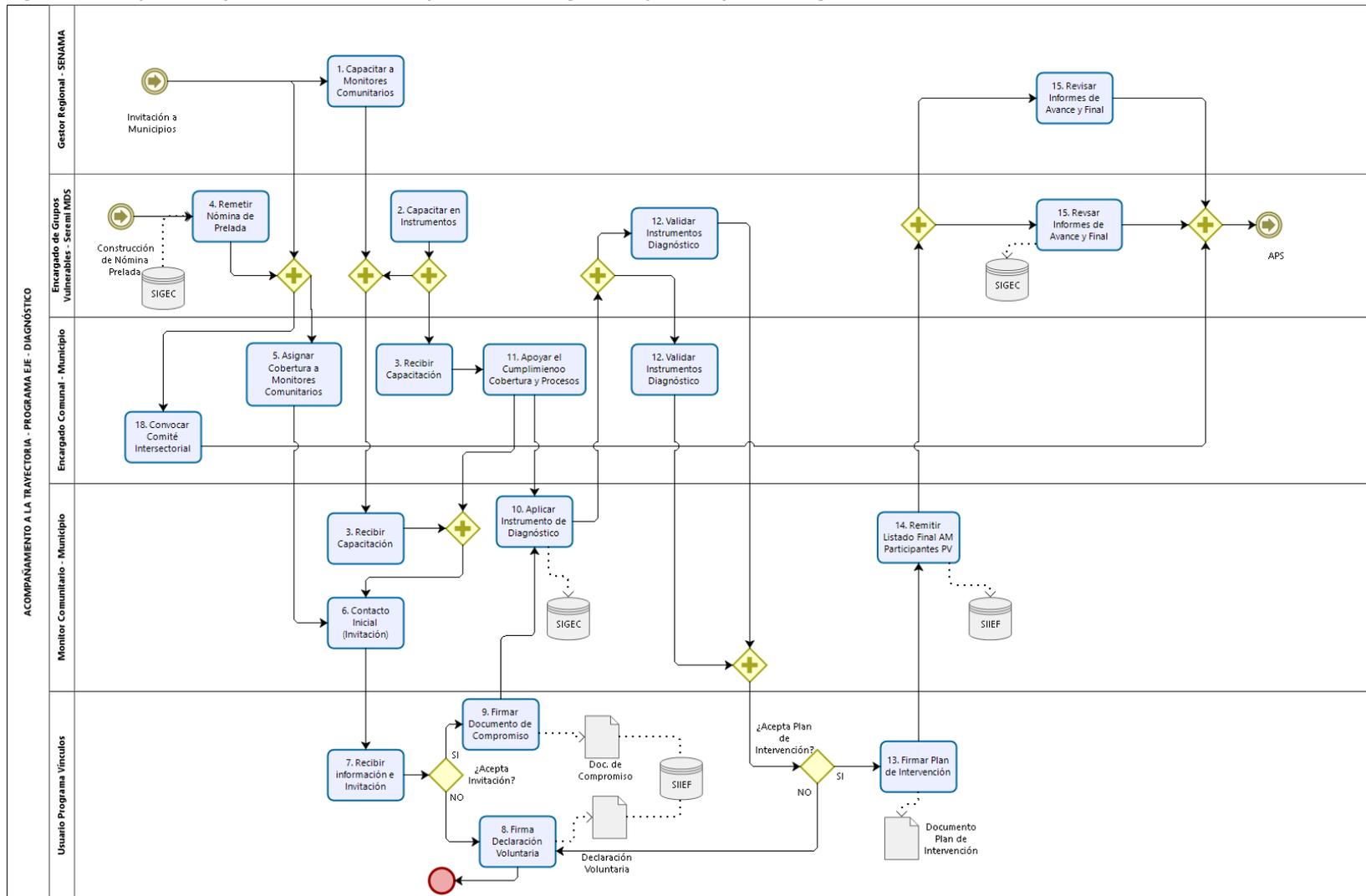
A los(as) AM que aceptaron las condiciones de participación, se les aplica el Instrumento de Diagnóstico del Programa Eje, el cual es validado por el EGV de la SEREMI MDS y el(la) EC.

Una vez validados los diagnósticos, el(la) MC diseña en conjunto con el usuario el plan de Intervención, el cual debe ser firmado por el usuario, el(la) MC y el EGV de la SEREMI MDS.

Finalmente el(la) MC ingresa en plataforma MDS la información de cada uno de los(as) AM visitados, con los resultados de esa gestión: Ingresa al programa, rechaza invitación, inubicable el domicilio, fallecidos u otras situaciones.

Paralelamente, y durante los dos meses que dura el proceso de Diagnóstico, el(la) EC genera reportes de avance y un reporte final, los cuales son enviados al EGV de la SEREMI MDS y el Gestor Comunitario de SENAMA, para su monitoreo.

Figura 53. Flujo Acompañamiento a la Trayectoria – Programa Eje – Etapa de Diagnóstico



Cuadro 26. Descriptivo de Actividades Proceso Acompañamiento a la Trayectoria - Programa Eje – Etapa de Diagnóstico.

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
1	Capacitar a MC	Gestor Regional - SENAMA	Material de Capacitación	Capacitación dirigida a MC, enfocada en temas gerontológicos y metodológicos.	3		-	Asistencia a Capacitación
2	Capacitar en instrumentos	EGV SEREMI	Instrumentos diseñados por MDS nivel Central.	Capacitación dirigida a equipos locales (MC y EC), enfocada en la aplicación de los instrumentos de diagnóstico y desarrollo del plan de intervención.	3			Asistencia a Capacitación
3	Recibir Capacitación	EC y MC	-	Los equipos locales reciben la capacitación del Ministerio y del SENAMA.	6 y 11			
4	Remitir nómina Prelada	EGV SEREMI	Nómina Vínculos prelada de la Región.	El(la)EGV de cada Seremi del MDS envía la nómina Comunal prelada a los(as) Encargados(as) municipales. (Actualmente la nómina se deposita en la plataforma para revisión del EC).	5 y 18	1 día desde la publicación de la nómina	SIIEF	Nomina Prelada de cada comuna
5	Asignar cobertura a MC	EC	Nómina Vínculos de cada comuna	Se asigna cobertura a cada MC.	6		SIIEF	Asignación de cobertura a cada MC

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
6	Contacto Inicial (Invitación)	MC		<p>A partir de la nómina y en estricto orden de prelación, se realiza visita domiciliaria para que la persona consienta su aceptación o rechazo a esta invitación. En la visita se entregan tres documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Díptico informativo del programa, - Documento de compromiso. - Declaración voluntaria de no aceptación. <p>Si una persona se encuentra inubicable después de las tres visitas protocolares o fallecida, el(la) MC debe generar certificados de inubicable o fallecimiento según corresponda.</p>	7	60 días corridos	SIIEF	<ul style="list-style-type: none"> - Díptico que explica en que consiste en programa, los derechos, compromisos de participación y las prestaciones que eventualmente podría acceder si cumple con los requisitos. - Documento de compromiso que contiene los objetivos del programa, la individualización del usuario y firma de aceptación. - Declaración voluntaria de no aceptación a participar.
7	Recibir Información e Invitación	Usuario Programa Vínculos	<ul style="list-style-type: none"> - Díptico del programa - Documento de compromiso - Declaración voluntaria 	El(la) usuario(a) se informa sobre el programa, los beneficios que le corresponden y las condiciones de participación.	8 o 9	60 días corridos	-	-
8	Firmar Declaración Voluntaria	Usuario Programa Vínculos	Declaración voluntaria	Si el usuario no acepta las condiciones de participación, entonces se le pide firmar una declaración voluntaria de no aceptación a participar.	FIN	60 días corridos	-	Declaración voluntaria de no aceptación a participar del Programa, firmada por usuario.
9	Firmar Documento de Compromiso	Usuario Programa Vínculos	Documento de compromiso	Si el(la) AM acepta las condiciones de participación del programa, firma el documento de compromiso.	10	60 días corridos	-	Documento de compromiso que contiene los objetivos del programa, la individualización del usuario y firma de aceptación

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
10	Aplicar Instrumento de Diagnóstico	MC	Instrumento Diagnóstico: datos personales, nivel educacional, salud, autonomía, ocupación e ingresos.	Registra la situación de vulnerabilidad social, relacional y de salud de los usuarios, además de identificar sus recursos personales que permitirán guiar los procesos de APS y ASL, según corresponda.	12	60 días corridos	SIIEF	Instrumento diagnóstico aplicado, ingresado al sistema.
11	Apoyar el cumplimiento o cobertura y procesos	EC	Asignación de cobertura a cada MC	El(la) EC apoya al(la) MC para el logro de la cobertura comunal, y la aplicación de los instrumentos de diagnóstico, mediante la gestión y coordinación de medios.	6 y 10	60 días corridos	-	-
12	Validar Instrumento Diagnóstico	EGV Seremi y EC	Instrumento diagnóstico aplicado, ingresado al sistema	El Diagnóstico realizado por el(la) MC es validado por el EGV de la Seremi y el(la) EC.	8 o 13	60 días corridos	SIIEF	-
13	Firmar Plan de Intervención	Usuario programa	Documento con Plan de Intervención de cada beneficiario(a).	Una vez que el(la) usuario(a) está de acuerdo con el Plan de Intervención, el instrumento debe ser firmado por el(la) beneficiario(a), el(la) MC y el EGV de la SEREMI MDS.	14	60 días corridos	-	Documento Plan de Intervención de cada beneficiario(a), firmado por AM, MC y EGV.
14	Remitir listado final de AM participantes PV	MC	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Intervención de cada beneficiario(a), firmado por AM, MC y EGV - Certificados de inubicables, renuncias y fallecimientos 	<p>Para cada AM que acepta participar, el(la) MC ingresa a la plataforma SIIEF la Carta Compromiso, el Instrumento Diagnóstico y el Plan de Intervención del 100% de la cobertura comunal del programa.</p> <p>Para el resto de las personas en nómina, debe ingresar al SIIEF los certificados de inubicables, renuncias y fallecimientos según corresponde</p>	15	60 días corridos	SIIEF	<ul style="list-style-type: none"> - Carta Compromiso, el Instrumento Diagnóstico y el Plan de Intervención, de beneficiarios(as), ingresados al SIIEF - Certificados de inubicables, renuncias y/o fallecimientos, ingresados al SIIEF

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
15	Revisar Informes de avance y Final	EGV – SEREMI y el Gestor Regional - SENAMA	<ul style="list-style-type: none"> - Cuadernillo con Plan de Intervención de cada beneficiario(a), firmado por AM, MC y EGV - Certificados de inubicables, renunciaciones y fallecimientos 	Los informes de Avance y final generados por el(la) EC son validados por el EGV de la SEREMI MDS y el Gestor Regional del SENAMA, como monitoreo del desarrollo de la etapa.	FIN	60 días corridos Nov y Dic de cada año	SIGEC, SIEF y físicos	-

9.3.4. Proceso 4: Acompañamiento Psicosocial

El APS constituye una serie de sesiones individuales y grupales de acuerdo a la metodología establecida, por un periodo máximo de 24 meses, para el 100% de los(as) usuarios(as) con Plan de Intervención.

Propósito Acompañamiento Psicosocial

El propósito del APS es promover el desarrollo de las habilidades y capacidades que permitan a los(as) usuarios(as) su inclusión social y desenvolvimiento autónomo, de manera de contribuir al logro de los objetivos del Plan de Intervención definido en el Programa Eje.

Responsabilidad y Autoridad

El responsable del APS es el(la) EC del programa.

Descripción

El APS comienza cuando finaliza la etapa de inicio del Programa Eje Diagnóstico, con la Profundización Diagnóstica, donde se levantan las condiciones de bienestar de la persona en función de indicadores.

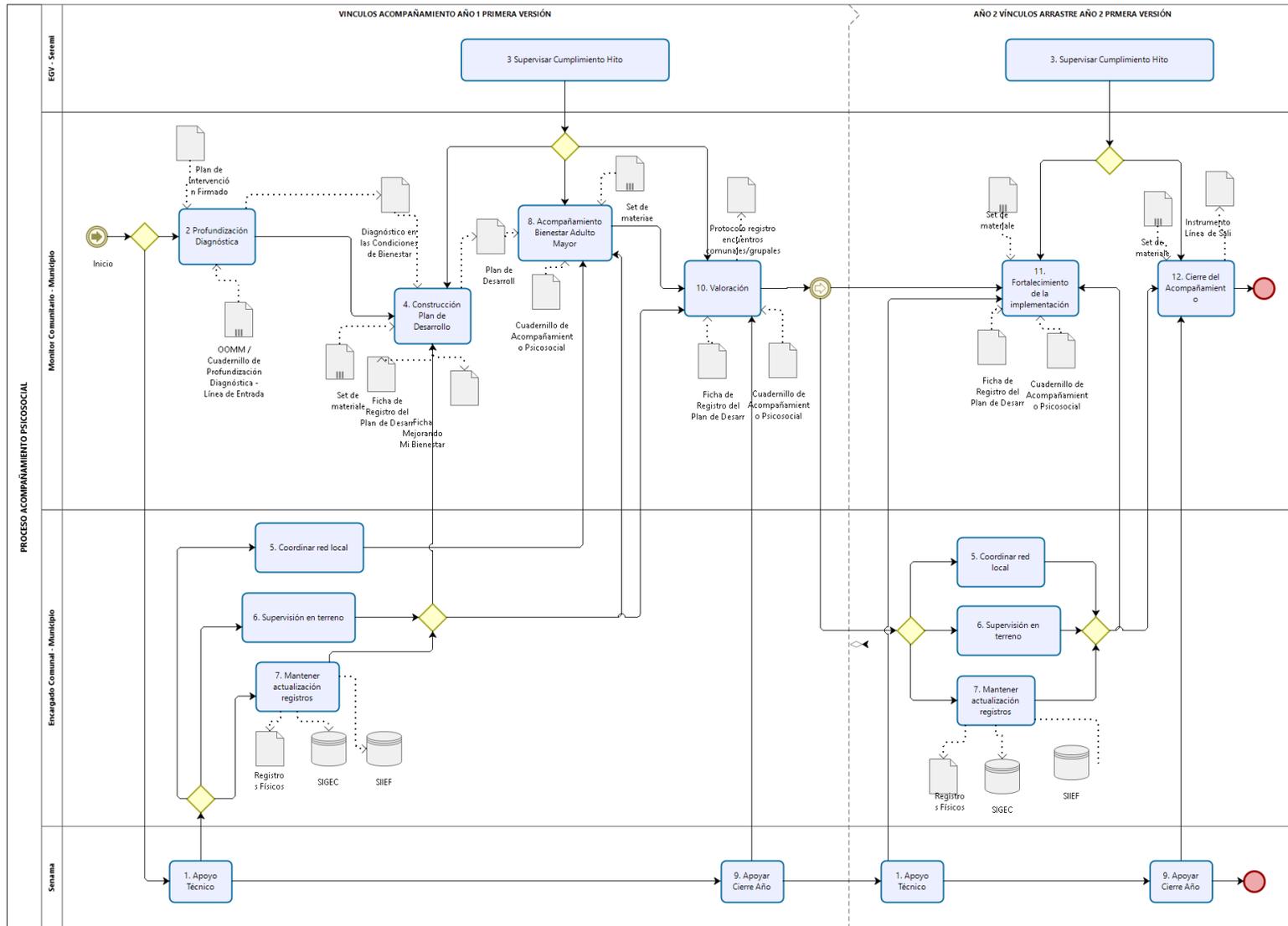
A partir del diagnóstico se construye el Plan de Desarrollo, el cual debe ser ejecutado durante la etapa de Acompañamiento Bienestar AM. Al finalizar el primer año, se realiza la Valoración.

Durante el segundo año se desarrolla el Fortalecimiento de la implementación del Plan de Desarrollo, finalizando con el Cierre del Acompañamiento.

Todas las etapas son supervisadas por el Especialista en grupos Vulnerables del SEREMI MDS y por el(la) EC del municipio.

Además, el(la) EC coordina la red local existente para gestionar las necesidades de los(as) usuarios(as) identificadas, y mantiene actualizados los registros físicos y digitales de las acciones, en el marco de los Comités Intersectoriales

Figura 54. Flujo de Actividades Proceso Acompañamiento Psicosocial



Cuadro 27. Descriptivo de Actividades Proceso Acompañamiento Psicosocial

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
1	Apoyo Técnico	Gestor Regional - SENAMA	-	Apoya la implementación de la Etapa de Acompañamiento ¹³⁰ .	5, 6 y 7	Durante todo el acompañamiento	SIGEC	-
2	Profundización diagnóstica	MC	- Cuadernillo de Profundización diagnóstica	Corresponden a sesiones individuales (entrevistas), en donde se levantan las condiciones de bienestar en función de indicadores. Este proceso construye una Línea de Entrada al programa, definen los ámbitos que se deben trabajar.	4	1,5 meses. del año 1	SIIEF	Diagnóstico de las condiciones de bienestar
3	Supervisar cumplimiento de hitos	EGV - SEREMI	-	El EGV de la SEREMI supervisa que se cumplan los hitos definidos para las distintas etapas del APS.	4, 8 y 10 – 11 y 12	Durante todo el acompañamiento	SIIEF	-
4	Construcción Plan de Desarrollo	MC	- Diagnóstico de las condiciones de bienestar	En sesiones individuales, y en conjunto con el usuario, se define el Plan de Desarrollo, que corresponde a la ruta de trabajo para el APS, identifica barreras, recursos, actores y acciones necesarios para el logro de los objetivos que se proponga el(la) usuario(a). Requiere del set de materiales	8	2 meses del año 1	Cuadernillo Plan de Desarrollo	- Ficha de Registro de Plan de Desarrollo - Ficha mejorando mi bienestar - Plan de Desarrollo y Profundización Diagnóstica
5	Coordinar red local	EC	- Plan de Desarrollo y Profundización Diagnóstica	Coordinar la red local existente que permita gestionar las necesidades identificadas en la intervención. (Comités intersectoriales).	8	Entre el mes 1 al 12 del año 1	-	-
6	Supervisar en terreno	EC	-	Monitoreo del desarrollo de la ejecución del programa, velar por la correcta implementación del Modelo de intervención, mediante supervisiones en terreno a MC en la fase individual y grupal (al menos una supervisión en cada etapa)	4, 8 y 10	Entre el mes 1 al 12 del año 1	-	-

¹³⁰ Norma Técnica 898, Orientaciones XII versión Vínculos

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
7	Mantener actualizados registros	EC		El(la) EC mantiene actualizados los registros físicos y digitales dispuestos para y por el programa, cuyo ingreso de la información es realizada por el(la) MC.	4, 8 y 10	Durante todo el acompañamiento APS	SIIEF SIGEC	- Registros físicos y digitales actualizados
8	Acompañamiento Bienestar AM	MC	- Cuadernillo de APS.	Corresponde al proceso de apoyo a la implementación del Plan de Desarrollo mediante acciones de formación, entrega de información y socialización de experiencias, a nivel individual y grupal. Comprende 6 sesiones individuales y 6 grupales. Requiere del set de materiales	10	Entre el mes 4 al mes 12 del año 1		Protocolo Registro Encuentros comunales /grupales.
9	Apoyo Cierre año	Gestor Regional SENAMA		Apoyar al equipo local para el logro de los objetivos propuestos para la etapa de valoración al final de año 1	10, 12	Durante el mes 12 del año 1		
10	Valoración	MC	- Ficha de Registro de plan de Desarrollo - Cuadernillo de APS	Instancias donde los participantes evalúan el primer año de APS (evaluación intermedia). Busca también motivar su participación en instancias en su contexto local. Se desarrolla en 2 sesiones, una individual y otra grupal. Esta actividad es organizada por el organismo ejecutor representado por el(la) EC y MC, con la participación de EGV y gestor SENAMA.	11, 5, 6 y 7	Durante el mes 12 del año 1		- Protocolo Registro encuentros comunales /grupales.
11	Fortalecimiento de la implementación	MC	- Ficha Registro Plan de Desarrollo - Cuadernillo de APS - Set de materiales	Continuación del Acompañamiento al Bienestar del AM desarrollada el primer año.	12	Durante los meses 1 al 12 año 2		- Ficha Registro Plan de Desarrollo - Cuadernillo de APS

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
12	Cierre del Acompañamiento	MC	- Set de materiales	Tiene por objetivo que los(as) usuarios(as) reconozcan los resultados alcanzados mediante la implementación del Plan de Desarrollo, en particular el logro de las condiciones de bienestar y el fortalecimiento de autonomía y vinculación con las redes. Consta de 2 sesiones, una individual y otra grupal. Se espera que el(la) AM tenga una mirada retrospectiva de su propio proceso de participación y desarrollo, de sus alcances y logros obtenidos, de las capacidades desarrolladas a disposición para sustentar el bienestar generado.	FIN	Durante el mes 12 del año 2		Instrumento Línea de Salida

9.3.5. Proceso 5: Acompañamiento Socio laboral

El ASL constituye una serie de sesiones individuales y grupales de acuerdo a la metodología establecida, por un periodo máximo de 20 meses, para el 50% de los(as) usuarios(as) que participan en la intervención psicosocial.

Este acompañamiento es concebido como un refuerzo y profundización del APS.

Propósito

El objetivo de este acompañamiento es apoyar al AM a desarrollar áreas de desempeño ocupacional mediante un proceso personalizado que reconozca sus necesidades y potencialidades.

Responsabilidad y Autoridad

El responsable del ASL es el EC.

Descripción

El proceso de ASL comienza al mes cinco después del proceso de APS, cuando la profundización diagnóstica se termina, pues el instructivo que identifica y prioriza los perfiles para la selección de los(as) usuarios(as) del ASL es producto de esta información, el cual es aplicado por el(la) MC. La selección final debe ser validada por el EGV de la SEREMI MDS, según se requiera

Los(as) AM son invitados(as) al ASL mediante la firma del plan de Intervención Socio laboral en virtud del resultado de planilla de priorización, frente a esta invitación puede aceptar o rechazar este acompañamiento.

Los(as) AM que aceptan, se les aplica el instrumento diagnóstico ocupacional en sus domicilios, a partir del cual se genera Plan Ocupacional durante la etapa de Reconocimiento Trayectoria Ocupacional. En esta etapa, y en el marco de los Comités intersectoriales, el(la) EC se encarga de coordinar la red local para gestionar lo que requieran los(as) usuarios(as).

Finalmente, en diciembre del año 1. se realiza la etapa de valoración, en la cual los(as) usuarios(as) presentan sus Planes Ocupacionales y se les motiva para que lo implementen en el año 2.

El segundo año comienza con el apoyo al Plan Ocupacional, con el apoyo del EC para la coordinación de la red local, se busca visualizar en detalle el Plan Ocupacional. Las acciones a realizar son: (1) Recordar el Plan Ocupacional definido, (2) Reconocer las

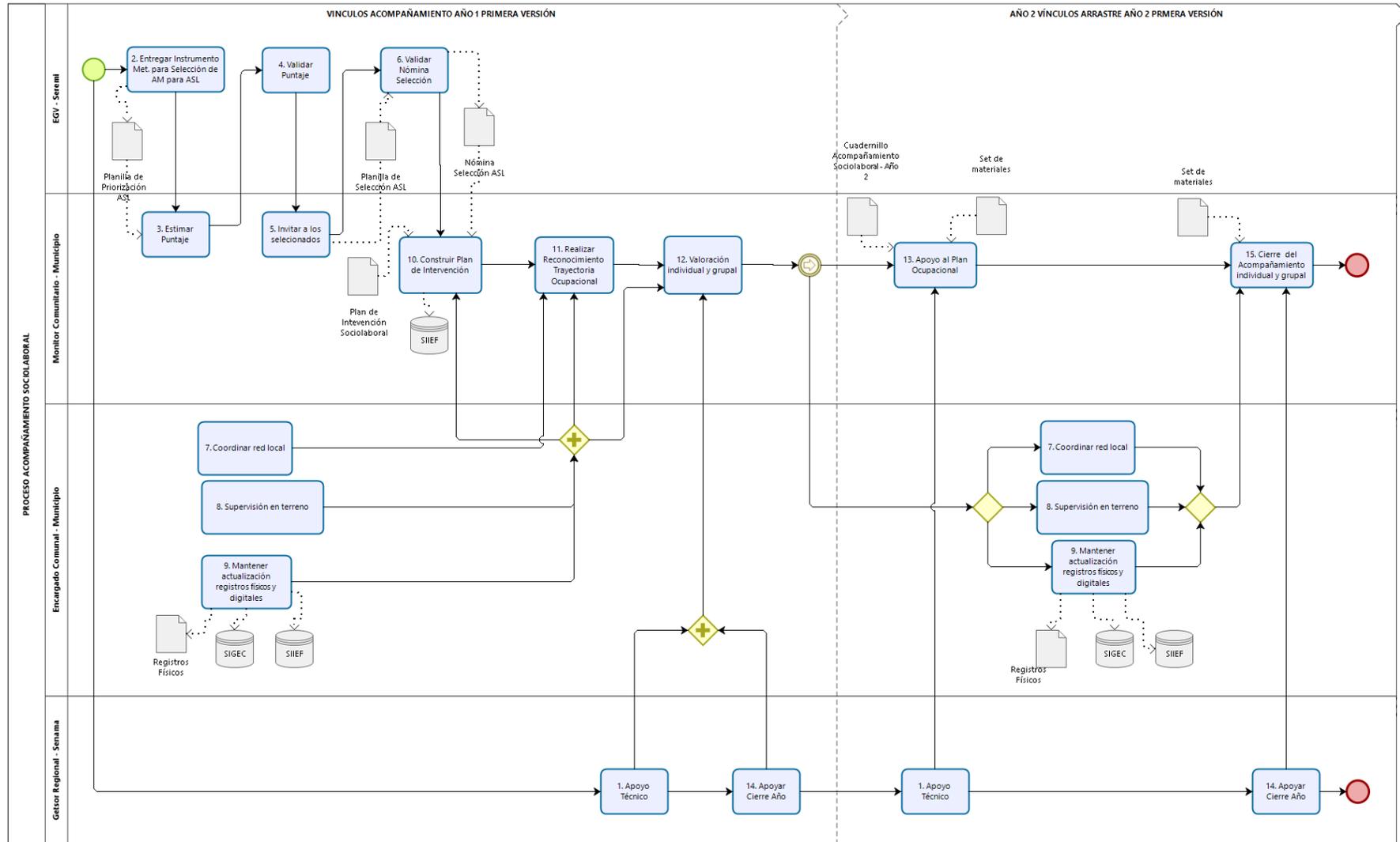
barreras intrínsecas y extrínsecas, (3) Reconocer las fortalezas intrínsecas y extrínsecas, y (4) la definición de acciones para el cumplimiento de Plan Ocupacional.

Al finalizar el año 2 se desarrolla la actividad de Cierre del Acompañamiento, dirigida por el(la) MC, y busca que el AM realice una valoración de la experiencia, reflexionando sobre los cambios, y que se empodere para desarrollar proyecciones a futuro.

Todas las etapas son monitoreadas por el(la) EGV del SEREMI MDS y supervisadas por el EC.

Además, el(la) EC coordina la red local existente para gestionar las necesidades de los(as) usuarios(as), y mantiene actualizados los registros físicos y digitales de las actividades.

Figura 55. Flujo de Actividades Proceso Acompañamiento Socio laboral



Cuadro 28. Descriptivo de Actividades Proceso Acompañamiento Socio laboral

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
1	Apoyo técnico	Gestor Regional - SENAMA		Apoya al Encargado Regional en la implementación del ASL en las comunas asignadas en el aspecto técnico.	12 y 13	Durante todo el ASL	SIGEC	
2	Entrega instrumento para selección de AM para ASL	ER SEREMI		El Encargado regional entrega el instructivo para la selección de adultos(as) mayores (AM) para ASL	2	Durante los primeros 4 meses del APS	Correo electrónico	Planilla de priorización ASL
3	Estimar Puntaje	Encargado MC	Planilla de priorización ASL	El(la) MC ingresa información de la profundización diagnóstica a Planilla de priorización para la selección de AM para ASL.	3	Durante el mes 4 del año 1	-	Listado de AM seleccionados
4	Validar Puntaje	EGV - SEREMI	Listado de AM seleccionados	El encargado Regional revisa y aprueba el listado de AM que cumplan con el puntaje requerido para ser invitados a participar de ASL	5	Durante el mes 4 del año 1	-	Listado de AM seleccionados
5	Invitar a los AM Seleccionados	Encargado MC	Listado de AM seleccionados	El(la) MC visitará a cada uno de los(as) AM seleccionados e invitara a participar de ASL.	6	Durante el mes 5 del año 1		Planilla de selección ASL
6	Validar nómina de selección ASL	EGV - SEREMI	Planilla de selección ASL	El (la) EGV valida la selección de AM para ASL.	10	Durante el mes 5 del año 1	SIIEF	Nómina Selección ASL
7	Coordinar red local	EC	Plan de Intervención Socio laboral	Coordinar la red local existente que permita gestionar las necesidades identificadas en la intervención	11	Entre los meses 4 al 12 del año 1		
8	Supervisar en terreno	EC		Monitoreo del desarrollo de la ejecución del Acompañamiento mediante supervisiones en terreno a MC (al menos una supervisión en cada etapa)	10, 11 y 12	Desde mes 4 al 12 del año 1		
9	Mantener actualizados registros	EC		El(la) EC mantiene actualizados los registros físicos y digitales dispuestos para y por el Componente.	10,11 y 12	Durante todo el ASL	SIIEF SIGEC	Registros físicos y digitales actualizados

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo (¿Cuándo?)	Aplicación	Documentos Asociados (Registros)
10	Construir Plan Sociolaboral	MC	Nómina Selección ASL	El(la) MC en conjunto con el(la) AM, construyen el Plan de Intervención Socio laboral	9	Entre los meses 4 al 5 del año 1	SIIEF	Plan de Intervención Socio laboral
11	Reconocimiento Trayectoria Ocupacional	MC	Plan de Intervención Socio laboral	Mediante sesiones individuales y grupales, el(la) AM construye su Plan Ocupacional, que será implementado en el año 2.	12	Entre los meses 4 al 12 del año 1	SIIEF	Plan de Intervención Socio laboral
12	Valoración grupal e individual	MC	Plan Ocupacional	Corresponde a la evaluación y proyección del proceso de construcción reflexiva del Plan Ocupacional, en función de motivar a los(as) AM en la implementación del Plan.	13 – 7, 8, 9	Durante el mes 12 del año 1	SIIEF	Plan de Intervención Socio laboral
13	Apoyo al Plan Ocupacional	MC	Plan Ocupacional	Etapa que busca visualizar en detalle el Plan Ocupacional. Las acciones a realizar son: (1) Recordar el Plan Ocupacional definido, (2) Reconocer las barreras intrínsecas y extrínsecas, (3) Reconocer las fortalezas intrínsecas y extrínsecas, y (4) Definición de acciones para el cumplimiento de Plan Ocupacional	15	Entre los meses 1 al 12 del año 2.		-
14	Cierre del ASL	MC	Set de materiales	Actividad que dirige el(la) MC y que busca que el(la) AM realice una valoración de la experiencia, reflexionando sobre los cambios, y que se empodere para desarrollar proyecciones a futuro.	FIN	Durante mes 12 del año 2		--

9.3.6. Proceso 6: Bonos y Transferencias Monetarias

El levantamiento a continuación corresponde al levantamiento de procesos desarrollado por el MDS, validado por las autoridades competentes de diciembre del año 2015. Por lo que en el marco de este estudio, solo se señalarán aquellas actividades que no se ejecutan en el marco del Programa Vínculos.

Cabe señalar que el documento al que se hace referencia, contempla como primera etapa la construcción de la nómina Prelada, la que para fines de este estudio, fue reubicada primer subproceso del Programa Vínculos, al inicio del levantamiento de procesos.

Propósito

El propósito es clarificar el trabajo operativo de las actividades asociadas al subsistema de SS. y OO. En donde se incluye las transferencias monetarias a los(as) beneficiarios(as) que cumplen con ciertas condiciones, más los bonos de Protección Social, por formalización del trabajo y bono por enseñanza media si aplica.

Responsabilidad y Autoridad

Gestionar Transferencias Monetarias y Bonos del Subsistema de Seguridades y Oportunidades es responsabilidad de la Jefatura División de Promoción y Protección Social.

Descripción

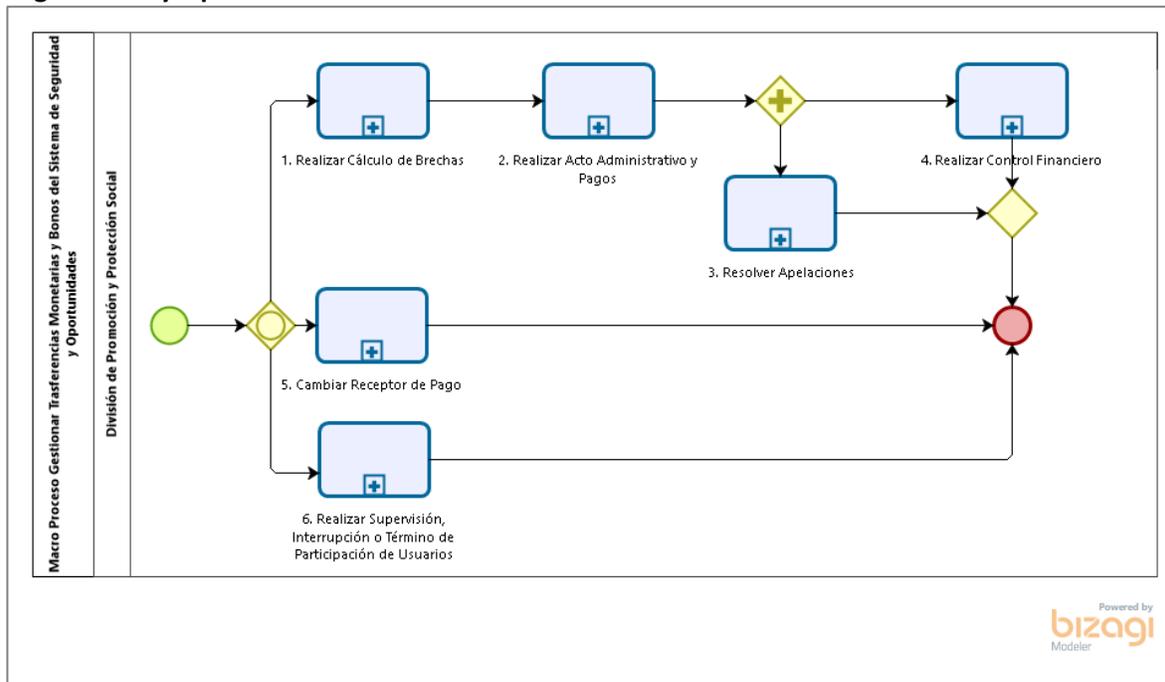
El proceso comienza una vez que se han seleccionado los(as) beneficiarios(as) del programa de cada año, tanto los nuevos como los que continúan del año anterior, entonces se realiza el cálculo de brechas que corresponde a identificar exactamente el monto que le corresponde recibir a cada beneficiario(a), incluyendo además del bono de protección, otras transferencias, bases y condicionadas. Entonces se realizan los pagos.

Paralelamente, con la lista de beneficiarios(as) definidos para el año, se debe modificar algunos receptores de pagos respecto del año anterior, y dar por finalizados algunas transferencias del año anterior.

Como consecuencia de los pagos, se reciben algunas apelaciones que deben ser resueltas. Durante el periodo, además se debe realizar el control financiero continuo.

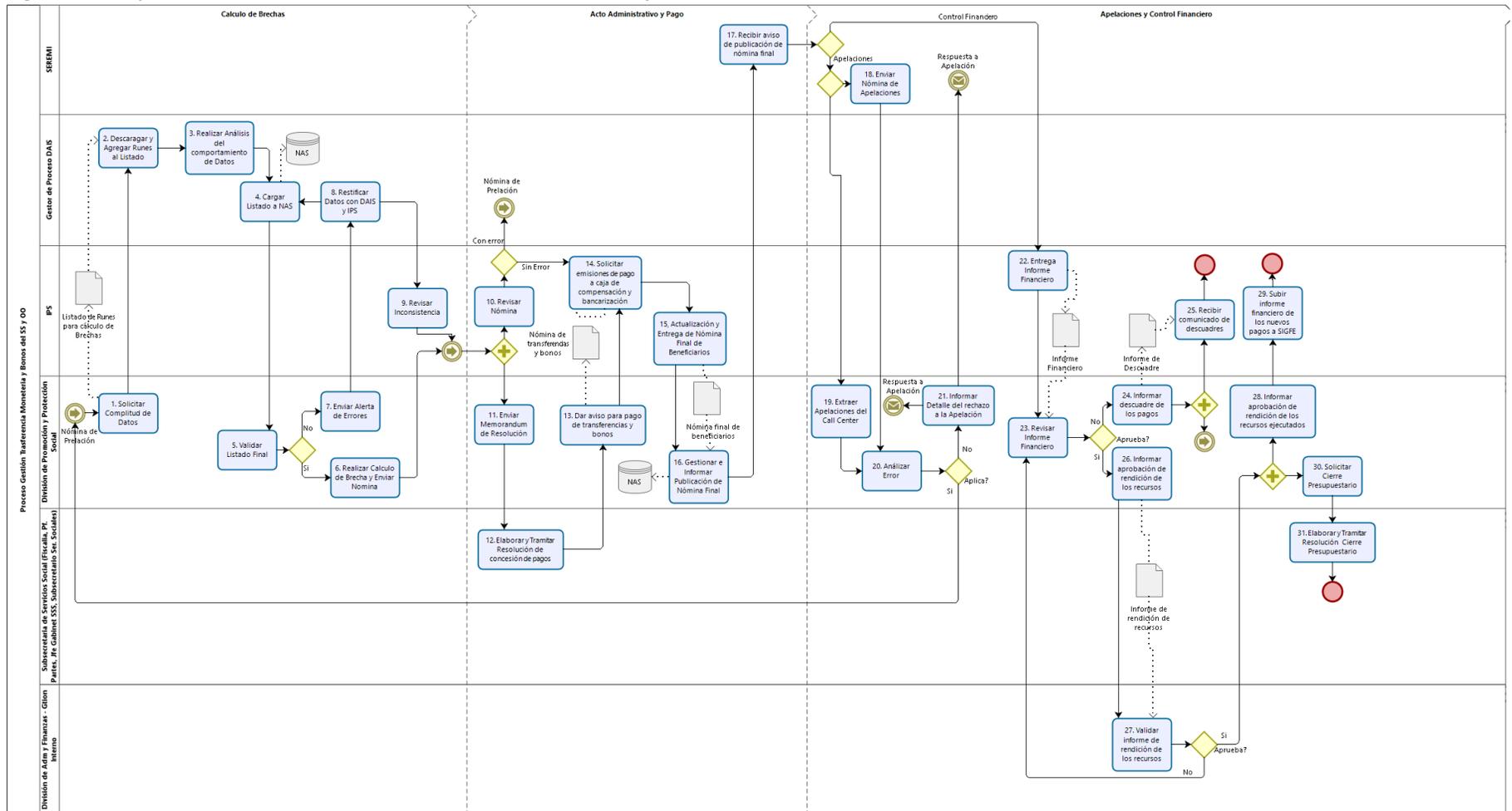
La figura a continuación presenta el Marco Proceso “Gestionar transferencias monetarias y bonos del sistema seguridades y oportunidades”, para a continuación desarrollar cada uno de los subprocesos que lo componen.

Figura 56. Flujo Macroproceso Gestionar Transferencias Monetarias y Bonos del Sistema Seguridades y Oportunidades”



Fuente: Elaboración propia a partir de documento “Proceso Gestionar Transferencias Monetarias y Bonos del Sistema Seguridades y Oportunidades”, Ministerio de Desarrollo Social, Diciembre 2015.

Figura 57. Flujo de Actividades Proceso Traslferencia Monetaria y Bonos



Fuente: Proceso Gestionar Transferencias Monetarias y Bonos del Sistema Seguridades y Oportunidades, Ministerio de Desarrollo Social. Diciembre 2015.

Cuadro 29. Descriptivo de Actividades Tránsito Monetaria y Bonos

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
1	Solicitar completitud de datos	División de Promoción y Protección Social	Nómina de familias usuarias de SSyOO y grupos vulnerables	Solicita todos los datos para realizar el cálculo de brechas y entrega de bonos.	2	Mensual	NAS	Listado de Runes
2	Descargar listado de runes del NAS	Gestor del Proceso (DAIS)	Listado de Runes	Descargar listado de runes enviado por la División de Promoción y Protección Social.	3	Mensual	NAS	Listado de Runes
3	Realizar análisis del comportamiento de Datos	Gestor del Proceso (DAIS)	Listado de Runes	Realizar análisis estadísticos del comportamiento de los datos, para prevenir futuras inconsistencias.	4	Mensual		Listado de Runes
4	Cargar Listado a NAS	Gestor del Proceso (DAIS)	Listado de Runes	Cargar el listado revisado en el sistema NAS	5	Mensual	NAS	Listado de Runes
5	Validar Listado Final	División de Promoción y Protección Social	Listado de Runes	Se valida el listado final para realizar el pago de transferencias monetarias correspondientes. En el caso que se valide se pasa a la actividad 6, en caso contrario se pasa a la actividad 8.	6 o 8	Mensual	Plataforma de Transferencias Monetarias	Archivos en formato plano para envío a IPS
6	Realizar Calculo de Brecha y enviar nómina	División de Promoción y Protección Social	Nómina de Brechas	Se realiza el cálculo de brechas de acuerdo a todas las variables y se envía la nómina final al IPS para su revisión.	FIN	5 días hábiles luego de tener la base completa con todas sus variables		Nómina de Brechas
7	Enviar Alerta de Errores	División de Promoción y Protección Social	Listado de Runes	Se debe de enviar la alerta de errores y/o inconsistencias al DAIS	8	Mensual	NAS	Nómina con errores
8	Rectificar datos con DAIS e IPS	Gestor del Proceso (DAIS)	Nómina de Errores	El gestor de Procesos debe de corregir los datos	4 o 9	Sólo en el caso que las inconsistencias provengan del DAIS	NAS	

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
9	Revisar Inconsistencias	IPS	Nómina de Errores	IPS corrige los errores que sean de su responsabilidad	FIN	Sólo en el caso que las inconsistencias provengan del IPS	Correo Electrónico	Correos con datos Alertados
10	Revisar Nómina	IPS	Nómina de Brechas	Se revisa que la nómina de beneficiarios(as) no tengan incompatibilidad de recibir el beneficio (que el cobrador reciba transferencia monetaria, fallecimiento del beneficiario(a), diferencia en el RUT. Si existe Error debe de volver a ser revisado en el subproceso de nómina de Prelación. Caso contrario se solicita la emisión de pago.	Sub Proceso de nómina de Prelación 14	Mensual		Nómina de datos Erróneos
11	Enviar Memorándum de Resolución	División de Promoción y Protección Social		Elaborar y enviar memorándum para la generación de la resolución de pagos	12	Mensual		Memorándum de resolución de concesión de los pagos, CD con archivo de beneficiarios(as)
12	Elaborar y Tramitar Resolución de concesión de pagos	Subsecretaria de Serv Social	Memorándum de resolución de concesión de los pagos, CD con archivo de beneficiarios(as)	Fiscalía genera resolución que aprueba los pagos. La resolución debe de ser aprobada por DPPS, Jefe de Gabinete SSS y por el subsecretario de Serv Sociales quien además de firmar la resolución para que fiscalía realice transcripción (declaración de que la resolución fue visada y firmada por las autoridades). La oficina de Partes toma razón y Reparte las copias adecuadas.	13	22,5 días al mes		Resolución de Concesión de los Pagos
13	Dar aviso para pago de transferencias y bonos	División de Promoción y Protección Social		Se da aviso al IPS para realizar los pagos de transferencia monetaria.	14	Medio Día		Nómina de Transferencias y Bonos

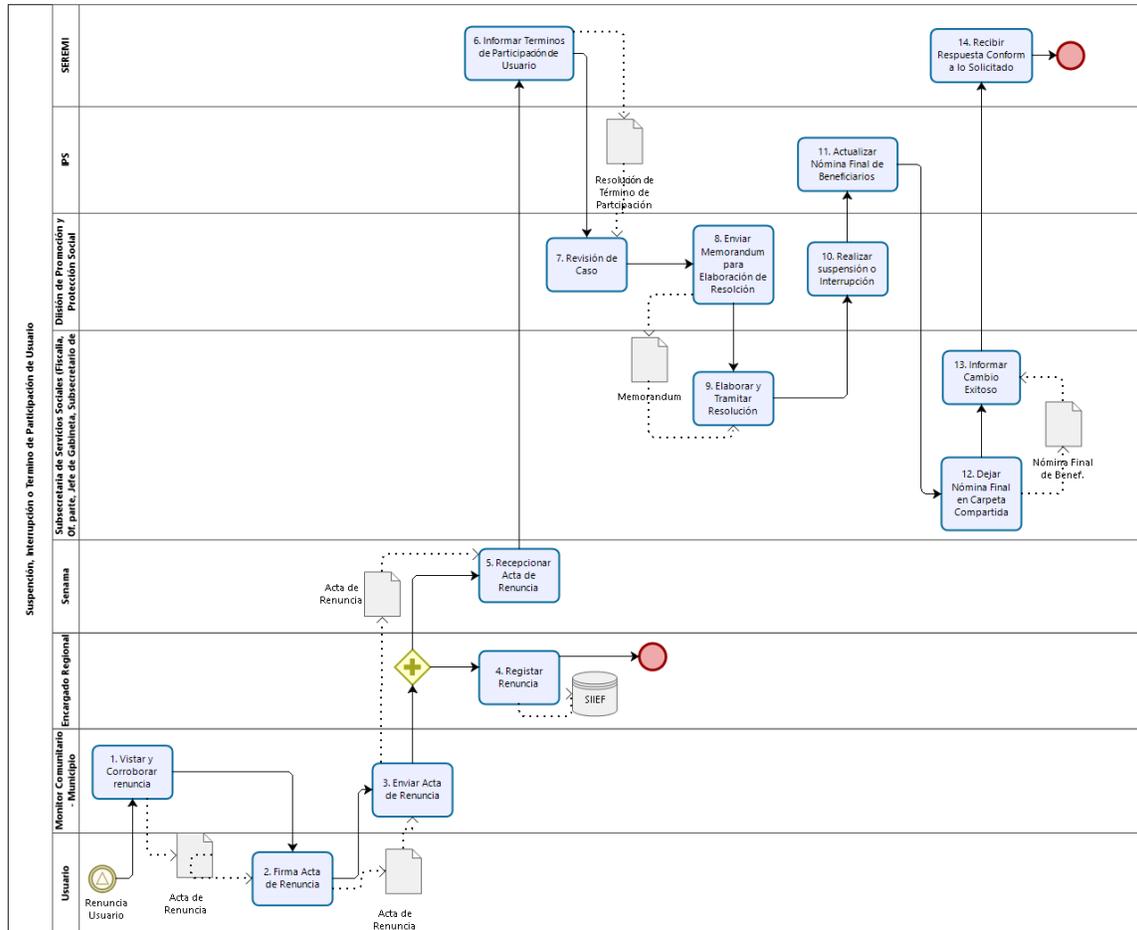
Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
14	Solicitar emisiones de pago a caja de compensación y bancarización	IPS	Nómina de Transferencias y Bonos	Gestionar con la caja de compensación y las bancas correspondientes, los pagos de las transferencias y bonos sociales.	15	Una vez recibido el aviso de pago (10 días hábiles)		
15	Actualización y Entrega de Nómina Final de Beneficiarios (as)	IPS	Nómina Final de Beneficiarios (as)	Actualizar nómina de acuerdo a los movimiento realizados (pagos pendientes de periodos anteriores, suspensión, termino de participación o cambio de receptor) y entregar la nómina con las transferencias de pagos de bonos realizados	16	Mensual		Nómina Final de Beneficiarios(as)
16	Gestionar e Informar Publicación de Nómina Final	División de Promoción y Protección Social	Nómina Final de Beneficiarios (as)	Gestionar publicación de las trasferencias y bonos entregados a través de Transparencia y Call Center, y dejar nómina en carpeta compartida para conocimientos de la SEREMI	17	Luego de la Publicación de nómina	NAS	Nómina NAS
17	Recibir aviso de publicación de nómina final	SEREMI	Correo de Aviso	Recibir aviso de publicación de nómina final	FIN	Al momento de recibir correo		
18	Enviar Nomina de Apelaciones	SEREMI		La SEREMI recopila las apelaciones de los beneficiarios(as) y envía nómina de apelaciones por montos equivocados o por no recibir trasferencias monetarias para su regularización.	20	Mensual	Correo Electrónico	Nómina de Apelantes
19	Extraer Apelaciones del Call Center	División de Promoción y Protección Social		El Call Center recopila las apelaciones de los(as) beneficiarios(as) y envía nómina de apelaciones por montos equivocados o por no recibir transferencias monetarias para su regularización.	20	Mensual	Call Center	Nómina de Apelantes

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
20	Analizar Error	División de Promoción y Protección Social	Nómina de Apelantes	Se verifica el error, se corrige si corresponde e informa la causa de no ser efectivo el pago. En caso que se aplica la apelación, se gestiona la correcta entrega del beneficio en el periodo siguiente	21 o Subprocesos o Cálculo de Brechas	Mensual		Subproceso de Cálculo de Brechas
21	Informar Detalle de Rechazo a la Apelación	División de Promoción y Protección Social		Se informa al SEREMI o Call Center las razones del rechazo de la apelación	FIN	Luego de la Revisión	Correo Electrónicos	Respuesta de Apelación
22	Entregar Informe Financiero	IPS		IPS entrega el Informe Financiero con los recursos emitidos y ejecutados del período anterior.	23	Mensual		Informe Financiero
23	Revisar Informe Financiero	División de Promoción y Protección Social	Informe Financiero	Revisar el cuadro de los recursos definidos del informe. En el caso de presentar diferencia, se comunica al IPS para su regularización y se adjunta informe con observaciones	24 o 26	Mensual		
24	Informar descuadre de los pagos	División de Promoción y Protección Social		Informar de las diferencias entre lo emitido y los recursos utilizados, para gestionar el pago nuevamente en el próximo periodo	25 y Subprocesos o de Cálculo de Brecha	Por rendición que depende de cada Beneficiario(a)	Correo Electrónicos	Informe de Descuadre
25	Recibir comunicado de descuadre	IPS	Informe de Descuadre	Recibir aviso de descuadre de los pagos	FIN	Recibido notificación de descuadre	Correo Electrónicos	

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
26	Informe aprobado de Rendición de Recurso	División de Promoción y Protección Social		Se comunica a Gestión Interna los recursos que fueron ejecutados por IPS.	27	Mensual		Informe de rendición de recursos
27	Validar Informe de Rendición de los Recursos	División Adm y Finanzas y Gestión Interna	Informe de rendición de recursos	Se recibe y se revisar informe. En el caso que exista diferencia se comunica a DPPS para su regularización	23 o (28 y 30)	Mensual		Informe de rendición de recursos
28	Informar Aprobación de Rendición de los Recursos Ejecutados	División de Promoción y Protección Social		Informar a IPS la aprobación del informe para subir la información a SIGFE	29	Mensual		
29	Subir Informe Financiero de los Recursos Pagos a SIGFE	IPS	Informe de rendición de recursos	Subir informe financiero de los nuevos pagos a SIGFE.	FIN	Mensual		
30	Solicitar Cierre Presupuestario	División de Promoción y Protección Social		Se solicita el cierre presupuestario adjuntando el informe financiero final	31	5 días hábiles		
31	Elaborar y Tramitar Resolución Cierre de Presupuesto	Subsecretaria de Serv Social		Fiscalía genera resolución de cierre de presupuesto La resolución debe de ser aprobada por DPPS, Jefe de Gabinete SSS y por el subsecretario de Serv Sociales quien además de firmar la resolución para que fiscalía realice transcripción (declaración de que la resolución fue visada y firmada por las autoridades). La oficina de Partes toma razón y Reparte las copias adecuadas.	FIN	Resolución de Cierre Presupuestario		

Fuente: Documento "Proceso Gestionar Transferencias Monetarias y Bonos del Sistema Seguridades y Oportunidades", Ministerio de Desarrollo Social, diciembre 2015.

Figura 58. Flujo de Actividades Proceso Realizar suspensión, interrupción o término de participación de usuario



Fuente: Documento "Proceso Gestionar Transferencias Monetarias y Bonos del Sistema Seguridades y Oportunidades", Ministerio de Desarrollo Social. Diciembre 2015.

Cuadro 30. Descriptivo de Actividades Proceso Realizar suspensión, interrupción o término de participación de usuario

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
1	Visitar y Corroborar renuncia	MC	Renuncia de usuario	El(la) MC realiza una visita al usuario(a) con la finalidad de conocer las causas de la renuncia.	2	Al momento de ser notificado		Acta de Renuncia
2	Firma Acta de Renuncia	Usuario(a)	Acta de Renuncia	El(la) usuario(a) entregara los antecedente del abandono del programa, además de firmar el acta	3	Al momento de la visita		Acta de Renuncia
3	Enviar Acta de renuncia	MC	Acta de Renuncia	El(la) Monitor(a) envía acta firmada a sus contrapartes Encargado Regional y SENAMA	4 y 5			Acta de Renuncia
4	Registrar Renuncia	Encargado Regional		Se registrar la información de abandono en carpeta	FIN		SIIEF	Renuncia Voluntaria
5	Recepcionar Acta de Renuncia	SENAMA	Acta de Renuncia	Recepcionar el acta.	6	AL momento de ser recibida		
6	Informar término de participación de los(as) usuarios(as)	SEREMI		Se informa, a través de resolución el término de la participación de los(as) usuarios(as).	7	En cualquier momento		Resolución por término de participación
7	Revisión de Caso	División de Promoción y Protección Social	Resolución por término de participación de usuarios(as)	Se revisa la resolución con la solicitud de suspensión o interrupción.	8	Una vez recepcionada la solicitud		
8	Enviar memorándum para elaboración de resolución	División de Promoción y Protección Social		Generar y enviar memo a la subsecretaria de servicios sociales para la generación de la resolución.	9	Mensualmente		Memorándum de resolución

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
9	Elaborar y Tramitar Resolución	Subsecretaría de Servicios Sociales	Memorándum de resolución	- Fiscalía genera resolución, se revisa y se solicita visto bueno de la resolución por parte de la fiscalía, DPPS, Jefe de gabinete SSS. Subsecretario/a de servicios sociales firma resolución y se solicita a fiscalía la transcripción. La oficina de parte toma razón y reparte las copias correspondientes.	10	Luego de recibir un memo		Resolución de suspensión o interrupción
10	Realizar suspensión, interrupción o término de participación	División de Promoción y Protección Social		Una vez tramitada la resolución, se realiza la operación en el Sistema.	11	Una vez tramitada la resolución	Sistema Eje y de Transferencias Monetarias	
11	Actualizar nómina final de beneficiarios (as)	IPS		Actualizar nómina con todos los movimientos realizados de pagos a beneficiarios(as). En esta nómina se incluyen los pagos pendientes del período anterior, correcciones de las inconsistencias de los períodos anteriores, cambio de receptor, suspensión, interrupción o términos de participación de usuarios(as).	12	Cada vez que se presente un movimiento de los beneficiarios (as)		Nómina final de beneficiarios (as)
12	Dejar nómina final en carpeta compartida	División de Promoción y Protección Social	Nómina final de beneficiarios (as)	- Dejar nómina final en carpeta compartida para conocimiento de la SEREMI.	13	Luego de la publicación de la nómina	NAS	Nómina en NAS
13	Informar Cambios Exitosos	División de Promoción y Protección Social	Nómina en NAS	Informar por correo que la nómina final se encuentra compartida en el NAS.	14	Al momento de compartir la nómina	Correo electrónico	Correo de aviso de publicación de nómina
14	Recibir aviso de publicación de nómina final	SEREMI	Correo de aviso de publicación de nómina	Recibir aviso de publicación de nómina final.	Fin	Al momento de recibir el correo		

Fuente: Proceso Gestionar Transferencias Monetarias y Bonos del Sistema Seguridades y Oportunidades, Ministerio de Desarrollo Social. Diciembre 2015.

9.3.7. Proceso 8: Servicios y Prestaciones Sociales

Propósito

El propósito es facilitar el acceso preferente de las personas mayores a la red institucional y oferta local de programas y servicios sociales para apoyar el proceso de intervención con los(as) usuarios(as).

Responsable

El responsable del Componente Servicios y Prestaciones Sociales es el(la) EC del programa

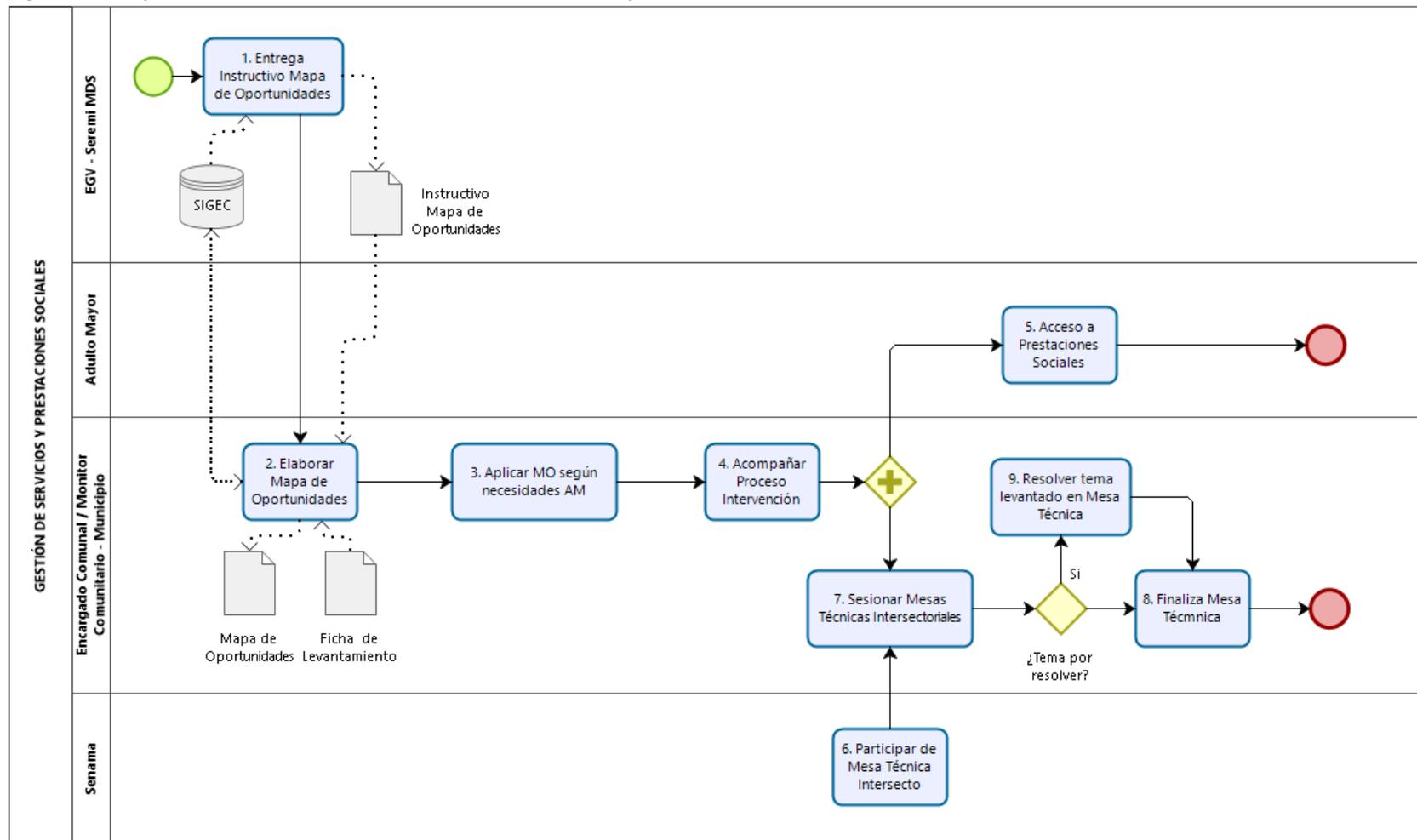
Descripción

El componente comienza cuando el Encargado Regional de la SEREMI MDS entrega del instructivo para construir el Mapa de Oportunidades Local. Para el cual, el(la) EC en colaboración con el(la) MC, levantan la oferta programática local usando fichas de Levantamiento.

Considerando el resultado de la profundización diagnóstica, el Plan de Desarrollo y el Plan Ocupacional, se identifican las necesidades de intervención para cada usuario, proceso en el cual cuentan con el Acompañamiento del MC.

Paralelamente, el(la) EC convoca la Mesa Intersectorial local al menos 3 veces al año, en la cual participan representantes de la red de salud, seguridad pública, carabineros, bomberos, y de políticas sociales del municipio; con el objetivo de coordinar los distintos actores que intervienen en la provisión de las prestaciones sociales, así como también resolver respecto de casos que requieran consideraciones específicas.

Figura 59. Flujo de Actividades Proceso Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales



Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 31. Descriptivo de Actividades Proceso Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
1	Entrega Instructivo Mapa de Oportunidades	EGV – SEREMI MDS		El(la) EGV entrega el instructivo denominado Comités Intersectorial de Protección Social (SIPS) - Mapa de Oportunidades al EC.	2	Durante el mes 1 del año 1	SIGEC	Instructivo Mapa de Oportunidades
2	Elaborar Mapa de Oportunidades	EC y MC	Instructivo Mapa de Oportunidades	El(la) EC en conjunto con el(la) MC elabora la Ficha de Levantamiento de Prestaciones y Servicios Sociales, la cual se llena por cada entidad perteneciente a la oferta comunal. El conjunto de fichas forman el Mapa de Oportunidades Local.	3	Durante el mes 2 del año 1		Mapa de Oportunidades
3	Aplicar MO según necesidades del AM	EC y MC	Profundización diagnóstica Plan de Desarrollo, Plan Ocupacional	De acuerdo a la información levantada en la profundización diagnóstica y la construcción del Plan de Desarrollo y Plan Ocupacional, se identifica las necesidades de cada usuario.	4	Durante el mes 1 al 4 del año 1		Identificación de necesidades en Plan de Desarrollo y Ocupacional
4	Acompañar Proceso de Intervención	EC y MC	Identificación de necesidades en Plan de Desarrollo y Ocupacional	El(la) MC acompaña al usuario(a) durante el periodo de ejecución del programa para el acceso a las prestaciones que requiere.	5 y 7	Entre los meses 4 al 12 del año 1		-
5	Acceder a Prestaciones Sociales	Beneficiario (a)	Identificación de necesidades	El(la) usuario(a) accede a las prestaciones sociales requeridas.	FIN	Entre los meses 4 al 36 del año 1		-
6	Participar de Mesa Técnica Intersectorial	Gestor Regional - SENAMA		El Gestor Regional SENAMA participa de las Mesas Técnicas Intersectoriales cuando estas sesionan.	7	Entre los meses 5 al 12 del año 1		Firma en listado de participantes.

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
7	Sesionar Mesas Intersectorial	EC y MC	Tabla de temas a tratar en la Mesa.	El(la) EC convoca a lo menos tres mesas técnicas intersectoriales (donde acuden representantes de la red de salud, seguridad pública, carabineros, bomberos, políticas sociales del municipio, etc.), instancia donde se analiza la cobertura del Programa Vínculos, se informa a las redes de la cobertura gestionada y se articulan acciones de apoyo alimentada por el mapa de oportunidades	8, 9	Entre los meses 4 al 24 al menos 3 veces.		Listado de participantes firmado Tabla de temas a ser resueltos
8	Resolver tema levantado en Mesa Técnicas Comunes y/o regionales	SEREMI	Tabla de temas a ser resueltos	Las responsabilidades de la Mesa Técnica Local son: <ul style="list-style-type: none"> - Intercambiar experiencias y análisis de buenas prácticas de la gestión comunal. - Evaluar el forma sistemática el Avance del programa - Revisar y resolver casos detectados por el monitoreo de la etapa de seguimiento con situaciones que afecten a los(as) usuarios(as) y/o que dificulten el cumplimiento de Plan de Intervención - Sancionar desvinculaciones de los(as) usuarios(as) por incumplimiento u otra causal. 	9	Entre 1 al mes 24-		Acta de temas tratados

9.3.8. Proceso 9: Asistencia Técnica y Capacitación

Cabe señalar respecto de este Proceso, que si bien se encuentran algunas de sus actividades presentes en los procesos de los diversos componentes del Programa Vínculos, se mantuvieron las duplicidades a fin de que estas fueran comprendidas en el contexto en el cual se realizan.

Propósito

El propósito de la Asistencia Técnica y Capacitación es colaborar en la aplicación del enfoque gerontológico y metodológico a la implementación del Programa Vínculos.

Responsabilidad

El responsable de la Asistencia Técnica es el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. La capacitación se considera una forma de asistencia técnica.

Descripción

El Senama presta asistencia técnica a los equipos regionales y locales a cargo de ejecutar el Programa Vínculos en varias instancias y temáticas, diseñando e implementando acciones o estrategias de apoyo técnico diferenciado de acuerdo a las necesidades de capacitación de cada equipo comunal

- Proceso de selección del perfil de los(as) MC, donde se levantan las ternas y, según la experiencia, se les sugiere qué prospecto es el más idóneo
- Capacitar a la totalidad de los(as) MC en la metodología de intervención del Programa Vínculos en las materias relevantes su adecuada ejecución (gerontológicos y metodológicos)
- Manejar temas complejos como son, por ejemplo, AM no valentes o con capacidades valentes menguadas (estas temáticas son reforzadas en las capacitaciones que se entregan, como casuística).
- Proceso de instalación e implementación del modelo de intervención y difusión, a través de reuniones mensuales donde se ven casos, realización de visitas, supervisión individual, resolución de nudos críticos, algún caso social, situación de violencia o alcoholismo, etc. Los(as) monitor(as) utilizan esta instancia para hacer las consultas que sean pertinentes a su actividad.
- Aplicación sistema de evaluación de desempeño a los(as) MC, por el rol clave que tienen estos profesionales para el éxito del programa.
- La implementación de la etapa de evaluación y cierre, con directrices técnicas de evaluación. Esto consiste en dirigir el discurso hacia los logros de la persona, son

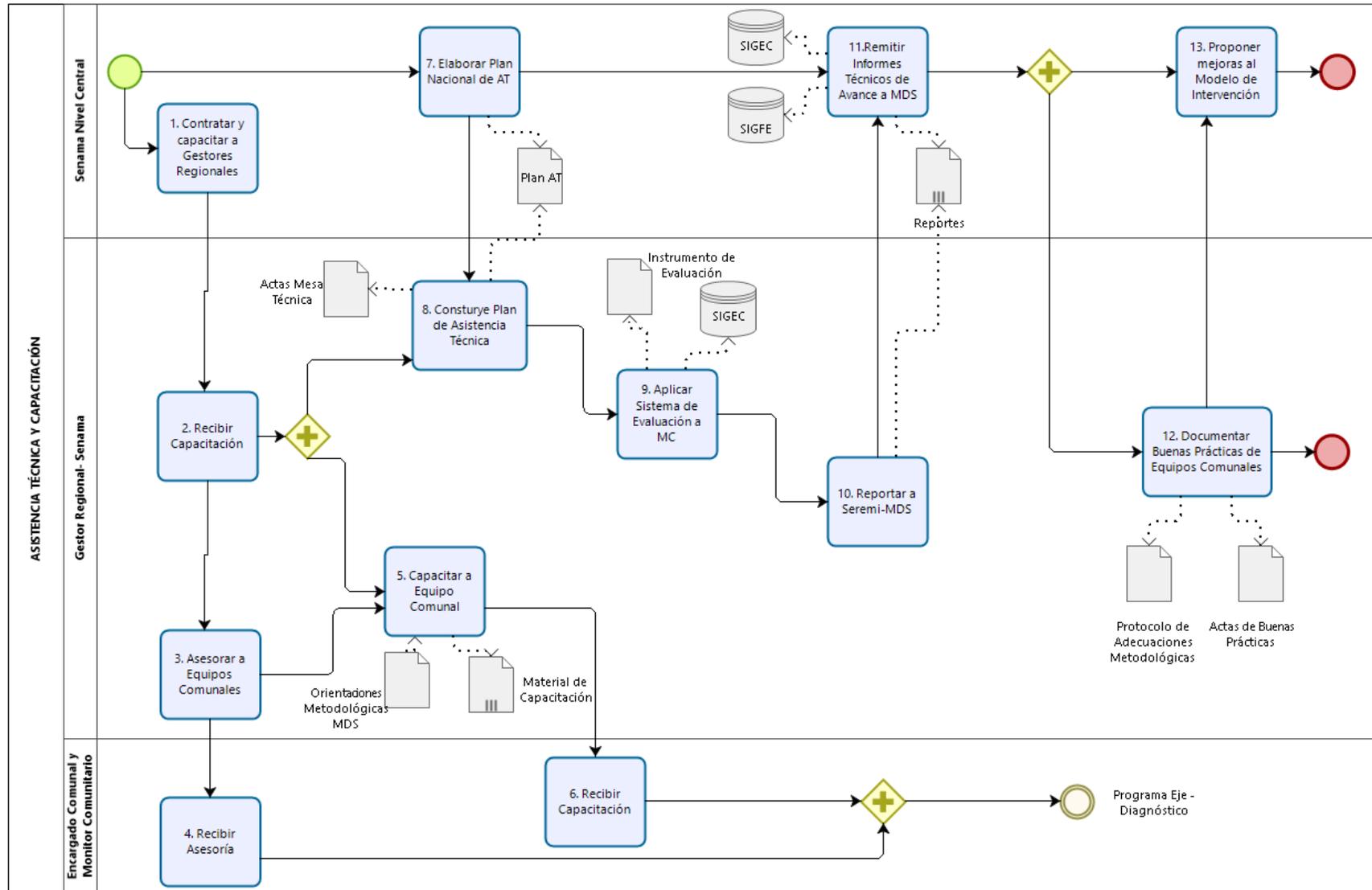
evaluaciones individuales y grupales por usuario; la estrategia metodológica contempla el proceso de evaluación.

- El cierre técnico/metodológico del APS y ASL, donde su rol consiste en constatar que se haya aplicado la metodología, se revisan los informes técnicos que suben a SIGEC

Además, SENAMA supervisa el correcto funcionamiento del programa, en particular:

- Participa de las mesas técnicas regionales y comunales. En las mesas comunales se ven aspectos de estrategia metodológica y se adoptan acuerdos; se hacen seguimiento de situaciones como la monitorización del bono garantizado. En las mesas técnicas regionales convocadas por el Seremi MDS, se acude para ofrecer capacitación metodológica, administrativa y financiera a los(as) EC y MC, se presentan experiencias y buenas prácticas, se resuelven nudos críticos y se invitan a expositores externos, entre otras.
- Realizar la gestión de red para fortalecer el trabajo de los servicios y prestaciones sociales apoyando a los(as) monitor(as) en esta tarea

Figura 60. Flujo de Actividades Proceso Asistencia Técnica y Capacitación



Cuadro 32. Descriptivo de Actividades Proceso Asistencia Técnica y Capacitación

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
1	Contratar y capacitar a Gestores Regionales	SENAMA Nivel Central		SENAMA Nivel Central contrata y capacita a los Gestores Regionales SENAMA	2	Previo la contratación de los(as) MC	-	Gestores Regionales contratados
2	Recibir capacitación	Gestor Regional - SENAMA	Material de capacitación	Los Gestores Regionales de SENAMA son capacitados en metodologías con enfoque gerontológico.	3, 5, 8	Previo la contratación de los(as) MC		Gestores Regionales capacitados
3	Asesorar a Equipos Comunales	Gestores Regionales - SENAMA		Los Gestores Regionales SENAMA prestan asesoría técnica a los(as) EC y MC.	4 y 5	Durante el desarrollo del Programa		
4	Recibir Asesoría	EC y MC		Los equipos comunales reciben la asesoría del Gestor Regional en diversas actividades del desarrollo del programa.	Progr. Eje - Diagnóstico	Durante el desarrollo del programa		
5	Capacitar a Equipos Comunales	Gestor Regional - SENAMA	Orientaciones Metodológicas MDS	Los Gestores Regionales SENAMA capacitan a los equipos locales en los aspectos metodológicos y gerontológicos implícitos en el modelo de intervención.	6	Una vez contratados(as) los(as) MC		Material de capacitación
6	Recibir capacitación	EC y MC	Material de capacitación	Los(as) EC y los(as) MC reciben capacitación.	Progr. Eje - Diagnóstico	Una vez contratados los(as) MC		Equipos comunales capacitados
7	Elaborar Plan Nacional de AT	SENAMA Nivel Central		El Encargado Nacional de La Asistencia Técnica de SENAMA elabora el plan Nacional de Asistencia Técnica y una vez aprobado por el nivel central del MDS, y lo envía a los Gestores Regionales.	8 y 11	Previo el inicio de los componentes del programa		Plan Nacional de AT.
8	Construcción Plan de Asistencia Técnica Regional	Gestor Regional - SENAMA		El Gestor Regional elabora en conjunto con la SEREMI el Plan Regional de Asistencia Técnica.	9	Previo el inicio de los componentes del programa		Plan AT Acta Mesa Técnica

Actividad	Nombre Actividad (¿Qué?)	Cargo (¿Quién?)	Entrada	Descripción (¿Cómo?)	Ir a	Tiempo ¿Cuándo? ¿Cuánto?	Aplicación (Sistema)	Salida (Registros)
9	Aplicar Sistema de Evaluación a MC	Gestor Regional - SENAMA	Plan AT Instrumento de Evaluación	El Gestor Regional evalúa el desempeño del MC.	10	Al finalizar los años 1 y 2	SIGEC	Informe de Evaluación
10	Reportar a SEREMI - MDS	Gestor Regional - SENAMA		El Gestor Regional reporta hallazgos a la SEREMI MDS y envía reportes a SENAMA Nivel Central, mediante Informe Cuatrimestrales a las SEREMI	11	Durante el desarrollo del programa	SIGEC	Reportes
11	Remitir Informes Técnicos de Avance a MDS	SENAMA Nivel Central	Reportes de Gestor Regional	Senama Nivel Central reporta a MDS Nivel Central 2 Informes de avance y uno final de la ejecución del Plan nacional de Asistencia técnica. Además de entregar los informes de rendición de cuentas mensual de acuerdo al Convenio de transferencia.	12 y 13	Durante el desarrollo del programa	SIGEC SIGFE	Reportes
12	Documentar Buenas Prácticas de Equipos Comunes	Gestor Regional - SENAMA	Reportes de supervisión	Considerando las asesorías prestadas y las instancias de supervisión, el Gestor Regional elabora documento de buenas prácticas recogidas y propone mejoras.	13 o FIN	Al finalizar los años 1 y 2		Protocolo de Adecuaciones metodológicas Actas de Buenas Prácticas
13	Proponer Mejoras al Modelo de Intervención	SENAMA Nivel Central	Reportes de Gestores Regionales	Considerando los reportes de los Gestores Regionales, el Encargado Nacional de la Asistencia TÉCNICA de SENAMA elabora documentos con propuestas de mejoras.	FIN	Al finalizar los años 1 y 2		Documento con propuestas de mejoras.

9.3.9. Anexo: Referencias Normativas y Otras

Para el levantamiento de la información se analizaron documentos publicados por el MDS, documentos recibidos directamente de la contraparte del programa, y se realizaron entrevistas a actores claves.

Además se contó con la colaboración de la contraparte del programa para la validación de los procesos levantados.

Documentos revisados:

- Aprueba orientaciones de implementación, metodología y procedimientos de gestión del modelo de intervención del subsistema seguridades y oportunidades, para usuarios de 65 años o más edad, del artículo 4° letra a) de la ley N° 20.595, Resolución exenta N° 0898, Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales, 04/08/2017
- Orientaciones Etapa Diagnóstico Eje Programa Vínculos 2017, Ministerio de Desarrollo Social, Seguridades y oportunidades, Sistema Intersectorial de Protección Social, diciembre 2017
- Guía de apoyo etapa contacto de cobertura Programa Vínculos 2016, Ministerio de Desarrollo Social, Seguridades y Oportunidades, Sistema Intersectorial de Protección Social
- Guía de Aplicación Instrumento de diagnóstico eje Programa Vínculos 2016, Ministerio de Desarrollo Social, Seguridades y Oportunidades, Sistema Intersectorial de Protección Social
- Subsistema de Seguridades y Oportunidades, Programa Eje Diagnóstico, Para el modelo de intervención para usuarios de 65 años y más de edad, Convenio de Transferencia de Recursos Entre la Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social de la Región X y Municipalidad X, Ministerio de Desarrollo Social
- Orientaciones metodológicas para el acompañamiento integral, Programa Vínculos, 1° y 2° año versión 12, Ministerio de Desarrollo Social, enero 2018
- Proceso Gestionar Transferencias Monetarias y Bonos del Sistema Seguridades y Oportunidades, Ministerio de Desarrollo Social, 22/12/2015
- Aprueba orientaciones de implementación, metodología y procedimientos de gestión del modelo de intervención del Subsistema Seguridades y Oportunidades, para usuarios de 65 años o más edad, del artículo 4° letra a) de la ley N° 20.595, Resolución exenta N° 0898, Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales, 04/08/2017
- Evaluación de desempeño monitores(as) Programa Vínculos undécima y duodécima versión primer semestre, Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Programa Vínculos (archivo Excel)
- Solicitud de adecuación metodológica, Convocatoria N° 11 Arrastre, Año de Intervención 2°, Ministerio de Desarrollo Social, Programa Vínculos

- Artículo 29 del D.S. N° 30 de la Ley N° 20.595, sobre las Transferencias Monetarias y el Bono de Protección.¹³¹
- Subsidio Familiar, Ley Nro. 18.020.

Actores claves entrevistados:

#	Localidad	Entrevistado	Rol Pv	Fecha
1	Santiago	Verónica Railao M.	Encargada Nacional PV - MDS	18/04/2018; 16/05/2018
2	Santiago	Javier Muñoz	Equipo Diseño Metodológico	18/04/2018; 03/05/2018
3	Santiago	Gabriela Munita	Equipo Diseño Metodológico	18/04/2018; 03/05/2018
4	Santiago	Lorena Muñoz M.	Profesional de Apoyo	03-05-18
5	Santiago	Ian Morrison	Profesional de Apoyo	03-05-18
6	Santiago	Lila Riquelme U.	Profesional de Apoyo	03-05-18
7	Santiago	Leonel Latorre	Transferencias Monetarias	03-05-18
8	Santiago	Carmen Gloria Vargas	Profesional	18-04-18
9	Santiago	Ximena Miranda M.	Profesional de Apoyo PV	09/05/2018; 16/05/2018
10	Santiago	Juan Carlos Catalán C.	Encargado Nacional PV - Senama	16-05-18
11	Talca	Claudia Ebner Vargas (subrogante)	Seremi MDS	19-06-18
12	Talca	Macarena Zalazar	MDS Maule	20-06-18
13	Villa Alegre	Viviana Sanhueza Pérez	Encargado Comunal	19-06-18
14	Constitución	María Del Pilar Rojas Merino	Encargado Comunal	20-06-18
15	Curepto	María José Pacheco Urquiola	Monitor Comunitario	20-06-18
16	Santiago	Elda Inzunza	Encargado Comunal	25-06-16
17	Santiago	Gabriela Cáceres	Monitor Comunitario	25-06-16
18	Santiago	Carla Miranda	Monitor Comunitario	25-06-16
19	Santiago	Fabián Álvarez	Monitor Comunitario	25-06-16
20	Santiago	Margarita Torrealba Arancibia	Usuaría	25-06-16
21	Talagante	Karla Leiva Ledezma (subrogante)	Encargado Comunal	25-06-16
22	Talagante	Camila Llantén Soto	Monitor Comunitario	25-06-16
23	Talagante	Macarena Farías Figueroa	Monitor Comunitario	25-06-16
24	Talagante	Camila Palacios Lorca	Monitor Comunitario	25-06-16
25	Talagante	María Teresa Zúñiga	Usuaría	25-06-16
26	Alhué	Génesis Pérez Sotelo	Monitor Comunitario	29-06-18
27	Alhué	Jaime Sepúlveda	Monitor Comunitario	29-06-18
28	Alhué	Yessica Bravo Huerta	Encargado Comunal	29-06-18
29	Alhué	María Castro Cabezas	Usuaría	29-06-18

¹³¹ Fuente: Proceso Gestionar Transferencias Monetarias y Bonos del Sistema Seguridades y Oportunidades, Ministerio de Desarrollo Social. Diciembre 2015.

#	Localidad	Entrevistado	Rol Pv	Fecha
30	Santiago	Sebastián Acuña Toro	Gestor Regional	20-07-18
31	Santiago	Valeria Garay	Gestor Regional	20-07-18
32	Santiago	Claudia Verdugo	Gestor Regional	20-07-18