

**INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES
(EPG)**

PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

PANELISTAS:

PATRICIO NAVARRO INOSTROZA (COORDINADOR)

PAMELA FRENK BARQUIN

MARIO PARADA LEZCANO

La evaluación presentada en este informe fue elaborada por un Panel de evaluadores externo e independiente seleccionados vía concurso público y DIPRES no necesariamente comparte la visión y/o totalidad de recomendaciones entregadas.

NOVIEMBRE 2019 - JUNIO 2020

TABLA DE CONTENIDOS

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA	4
1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA	4
2. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO	8
3. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS	9
II. EVALUACION DEL PROGRAMA	11
1. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA	11
2. DESEMPEÑO DEL PROGRAMA: EFICACIA Y CALIDAD	21
2.1. EFICACIA A NIVEL DE COMPONENTES	21
2.2. COBERTURA Y FOCALIZACIÓN DEL PROGRAMA	30
2.3. EFICACIA A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES.....	36
2.4. CALIDAD	44
3. ECONOMÍA.....	44
3.1. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS	44
3.2. FUENTES Y USO DE RECURSOS FINANCIEROS	45
3.3. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PROGRAMA	56
3.4. APORTES DE TERCEROS	57
3.5. RECUPERACIÓN DE GASTOS	57
4. EFICIENCIA.....	57
4.1. A NIVEL DE ACTIVIDADES Y/O COMPONENTES. RELACIONA GASTOS CON PRODUCTOS.....	57
4.2. A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES.....	64
4.3. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	64
5. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA	65
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	71
1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL.....	71
2. RECOMENDACIONES	75
IV. BIBLIOGRAFÍA.....	78
V. ENTREVISTAS Y REUNIONES REALIZADAS.....	82
VI. ANEXOS DE TRABAJO	84
ANEXO 1: REPORTE SOBRE EL ESTADO Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EVALUAR EL PROGRAMA.....	84
ANEXO 2(A): MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....	90
ANEXO 2(B): MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA, PERÍODO 2016 2019	95
ANEXO 2(C): ANÁLISIS DE DISEÑO DEL PROGRAMA.....	98
A. RELACIONES DE CAUSALIDAD DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA (LÓGICA VERTICAL)	98
B. SISTEMA DE INDICADORES DEL PROGRAMA (LÓGICA HORIZONTAL)	102
ANEXO 3: PROCESOS DE PRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA	106

B. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE Y CON OTRAS INSTITUCIONES.....	115
C. CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS, MECANISMOS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y MODALIDAD DE PAGO	130
D. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN QUE REALIZA LA UNIDAD RESPONSABLE	136
ANEXO 4: ANÁLISIS DE GÉNERO DE PROGRAMAS EVALUADOS	143
ANEXO 5: FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS	146

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

1. Descripción general del programa

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (MASAMAV) se inició en el año 2015 y se encuentra adscrito al Ministerio de Salud (MINSAL), siendo la Subsecretaría de Redes Asistenciales el servicio responsable de su diseño y ejecución. La unidad a cargo del Programa a nivel central corresponde al Departamento de Gestión de los Cuidados de la División de Atención Primaria. Se ejecuta mediante convenios suscritos entre los 29 Servicios de Salud¹ de todo el país y los municipios o establecimientos correspondientes a su jurisdicción y que cumplen con los criterios de asignación². Se trata de un programa dentro de los “Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud APS” que son de responsabilidad de la División de Atención Primaria. Considera recursos monetarios para la contratación de una dupla profesional kinesiólogo- terapeuta ocupacional (realizan la intervención sociosanitaria y apoyan los planes intersectoriales, entre otros), insumos y capacitación de líderes comunitarios, más un aporte para movilización del equipo de salud y personas mayores.

Se trata de una iniciativa orientada a mejorar/mantener la funcionalidad individual de personas mayores³ y a mejorar la capacidad comunitaria para apoyarlas y a su red en el proceso de envejecimiento activo⁴. Está vinculada con los Objetivos Estratégicos de Salud para la década 2010-2020 del Gobierno de Chile⁵. En forma específica, se relaciona con el Objetivo Estratégico N° 2, que propone reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos; con el Objetivo Estratégico N° 3 que apunta a reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables; y particularmente, con el Objetivo Estratégico N° 4, correspondiente a reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.

El programa se encuentra aprobado para el año 2020 a través de la Resolución Exenta N°26 del 14.01.2020 del Ministerio de Salud⁶. No tiene establecida una fecha de término.

¹ Los Servicios de Salud son los siguientes: Arica, Iquique, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, San Antonio, Viña del Mar, Quillota, Aconcagua, Metropolitano Norte, Metropolitano Occidente, Metropolitano Central, Metropolitano Oriente, Metropolitano Sur, Metropolitano Sur Oriente, Libertador O'Higgins, Maule, Ñuble, Concepción, Arauco, Talcahuano, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Reloncaví, Chiloé, Aisén y Magallanes.

² Las Resoluciones Exentas (RE) que aprueban el programa señalan que los criterios son establecimientos de Atención primaria con 20.000 o más inscritos o con una población comunal de 23.900 o más inscritos, o de 2.000 o más adultos mayores inscritos a nivel comunal (En el año 2018 esta última cifra se disminuyó a 1.600). A partir de año 2019 se dice que se desarrollará y ejecutará en comunas que durante el año 2018 lo ejecutaban.

³ Comprende grupo etario de 60 años y más

⁴ Envejecimiento activo se refiere al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen

⁵ Gobierno de Chile. **Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década. 2011-2020.** <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

⁶ La Resolución Exenta (RE) para los años anteriores son las siguientes: 2016 RE N°1265 del 31.12. 2015; 2017 RE N°1411 del 20.12. 2016; 2018 RE N°1449 del 15.12.2017; y 2019 RE N° 1290 del 28.12.2018, todos del Ministerio de Salud.

Los objetivos del programa son los siguientes:

FIN: Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, ampliando las capacidades individuales y colectivas para enfrentar el envejecimiento, prolongando su autovalencia.

PROPÓSITO: Mantener o mejorar la condición funcional⁷ de la población de 60 años o más, autovalente y en riesgo de dependencia, beneficiaria de los establecimientos de atención primaria de salud del sector público de salud.

COMPONENTES:

Componente 1: Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional

Consiste en una intervención grupal con personas mayores durante 3 meses realizada por una dupla profesional kinesiólogo-terapeuta ocupacional. Está dividida en 24 sesiones/talleres mixtos – es decir, participan ambos profesionales - con una duración entre 45 y 60 minutos. Cada **sesión mixta** incluye una sesión del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas y una sesión ya sea del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas o del Taller Estimulación de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable.

Cuadro 1 Contenidos temáticos considerados para la realización del taller del grupo intervenido

Taller Grupo intervenido	Sesiones Mixtas	Contenidos temáticos (Ejemplos)	Tipo
		24 Estimulación de funciones motoras y prevención de caídas (Estimulación física de psicomotricidad)	Prevención
		12 Estimulación de funciones cognitivas (Atención, Memoria)	Prevención
		12 Taller de Estimulación de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable. (Derechos sociales, sexualidad)	Promoción
Total	1	24	48

Fuente: Elaboración propia a partir de los contenidos entregados por el programa

⁷ El concepto de funcionalidad hace referencia a la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Ministerio de Salud. **Orientación técnica programa más adultos mayores autovalentes**. 2015. Pág 3 y ss

Incluye la realización de estrategias para dar continuidad en el hogar, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con el reforzamiento de los contenidos tratados en los talleres, procurando la participación activa del adulto mayor en su proceso de enseñanza/aprendizaje y en la modificación de hábitos que incorporen actividades de autocuidado dentro de su rutina cotidiana, como la estimulación funcional motora, estimulación cognitiva y participación social como factores protectores de la salud.

La producción del componente involucra la planificación, programación y ejecución de manera interdisciplinaria, por parte de ambos integrantes de la dupla profesional y el resto del equipo de salud del servicio correspondiente. Los talleres se realizan con una frecuencia de 2 veces a la semana, en espacios preferentemente comunitarios ubicados en sectores geográficos cercanos y accesibles a la población correspondiente al centro de salud. Se cuenta con un mecanismo de aviso ante situaciones de ausencia del participante y suspensión y reprogramación de actividades⁸.

En la realización de los talleres deben participar ambos profesionales en todas las sesiones. Se considera un número promedio de 15 participantes por sesión, debiendo tener como mínimo cada grupo 10 personas. Una persona mayor debe haber participado en, al menos, 18 de las 24 sesiones para ser considerada como egresada del componente⁹. En el egreso se evalúa al adulto mayor con los mismos instrumentos aplicados en su ingreso. Al cierre de cada ciclo (24 sesiones/talleres) se considera una evaluación participativa para conocer la percepción de los participantes respecto de su aprendizaje, adquisición de nuevas herramientas para su autocuidado y estimulación funcional y sugerencias de mejoras.

El ingreso de los participantes, el cual es realizado por la dupla de profesionales, significa un proceso de entrega de información sobre el programa, la constatación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) vigente y Controles Cardiovasculares al día o la gestión con el centro de salud para su realización cuando no se tiene. Además, deben firmar un documento de compromiso de participación. El ingreso puede realizarse en la primera sesión y comprende la valoración funcional de autovalencia inicial de ingreso al programa, efectuada con la escala HAQ-8¹⁰ en su versión modificada para el programa y el Test Timed Up and Go¹¹, cuyos resultados son registrados para permitir la comparación con los resultados al egreso del programa. Las personas pueden ingresar al programa una vez por año.

⁸ En las RE que hace referencia a estos mecanismos de aviso, pero no se especifica en qué consisten.

⁹ Hasta el año 2018 se exigía haber participado al menos en 15 sesiones.

¹⁰ Health Assessment Questionnaire. Es un instrumento utilizado para evaluar nivel de funcionalidad del usuario que tiene diez preguntas como las siguientes: ¿Actualmente puede usted acostarse y levantarse de la cama?, ¿Caminar al aire libre en terreno plano?, ¿Bañarse y secarse todo el cuerpo? Tienen 4 alternativas de respuesta que van desde Sin ninguna dificultad hasta No puedo hacerlo.

¹¹ Instrumento para evaluar estado cognitivo de los usuarios y que mide el tiempo requerido para efectuar un recorrido ida y vuelta desde la silla a una marca situada a tres metros de distancia.

C2: Red local para el envejecimiento activo y positivo funcionante u operativa

Este componente propone una intervención en la red local para fomento del envejecimiento activo y positivo, donde las organizaciones sociales y los servicios locales juegan un papel crucial¹². Favorece la derivación de personas que deseen participar en otras actividades al egreso del componente 1, para dar continuidad a la intervención. Promueve además la búsqueda de soluciones locales para la resolución de aspectos sociosanitarios¹³ relacionados con la participación y calidad de vida de las personas mayores.

Su ejecución se basa fuertemente en el diagnóstico participativo sobre las necesidades y propuestas de las personas mayores para la capacitación de líderes comunitarios y el desarrollo de planes intersectoriales para el envejecimiento activo y positivo, por parte del equipo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y el equipo de salud.

La capacitación a líderes de organizaciones sociales de adultos mayores o de otras agrupaciones se realiza en talleres de duración variable, gestionada por la dupla de profesionales del programa, en la que participan otros miembros de los equipos de salud o de otros servicios públicos o privados que se vinculan con las personas mayores¹⁴.

La actividad considera la entrega de material para la realización de estimulación funcional y autocuidado en las organizaciones sociales. Asimismo, la dupla profesional planifica y ejecuta actividades de acompañamiento a los líderes capacitados, para actualizar conocimientos, resolver inquietudes y fomentar que las organizaciones apoyen a los beneficiarios en su calidad de vida y en su salud, entre otras iniciativas.

Cabe consignar que las capacitaciones incluidas en este componente, durante su desarrollo, conducen al diseño y ejecución de estrategias locales de apoyo a las personas mayores que consideran la realización de diagnósticos participativos o la actualización de los mismos, cuando existen, haciendo que los temas a abordar sean más pertinentes.

Los profesionales responsables de su ejecución deben organizar la información para la gestión local del apoyo a las personas mayores, lo que involucra elaborar: a) Catastro de organizaciones sociales locales de personas mayores o destinadas al trabajo con ellas, actualizado anualmente, que las caracterice en cuanto a su perfil organizacional (tipo de entidad, objetivos, actividades, etc. ; b) Catastro de servicios locales actualizado anualmente, que da cuenta de la oferta institucional local (pública o privada) para las personas mayores. Además, deben elaborar c) Mapas de redes locales de Organizaciones Sociales y Servicios, que representen la localización y la vinculación con el Programa MASAMAV y el resto de la red asistencial de la que forman parte, para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes, en cuanto a

¹² Municipios, servicios públicos con programas en el territorio, Organizaciones No Gubernamentales, etc.

¹³ Aborda aspectos tales como la nutrición adecuada y/o alimentación saludable, el ejercicio físico, la estimulación de las funciones cognitivas y el fomento de la participación. MINSAL. Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. **Manual para el trabajo de equipos de Atención Primaria**. 2015

¹⁴ Por ejemplo, Centro de Adultos Mayores del Hogar de Cristo, Caja de Compensación y Hogar Santa Catalina. Aparece en CESFAM. Penco. Informe de avances de implementación del programa: "Más Adultos Mayores Autovalentes. 31 de agosto del 2019

posibilidades de continuidad de la estimulación funcional y del autocuidado en la red local. Dichos mapas pueden incorporar herramientas tecnológicas de georreferenciación para favorecer la gestión territorial y realizarse en formato diferente (Guía, Manual, otros); d) Planes Intersectoriales entre los Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo que corresponde a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externos al sector salud, por ejemplo, SENAMA) identificados a nivel local, para el desarrollo de la articulación entre instituciones destinadas en forma parcial o total a la provisión de bienes o servicios a personas mayores.

Del conjunto de la intervención de los componentes, se espera que al egreso del componente 1 se mantengan las personas mayores en sus organizaciones sociales de base o si no, la incorporación a las organizaciones sociales capacitadas en el componente 2 para dar continuidad a la intervención a un nivel comunitario.

2. Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo

La **población potencial**¹⁵ corresponde a toda la población adulta mayor chilena¹⁶, mujeres y hombres de 60 años y más susceptible de ser beneficiada, vale decir, aquel porcentaje correspondiente a la población sujeta de intervención para prevenir el estado de dependencia: personas autovalentes y personas en riesgo de dependencia. La estimación es de un 85% del total, porcentaje que proviene de la medición realizada a personas de 65 años y más bajo control en el sistema público de atención primaria de salud¹⁷, que resultaron sin problemas de funcionalidad medida a través de la valoración funcional realizada con el Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM) y con el Índice de Barthel¹⁸. El resultado poblacional nacional fue: 44% clasificada como autovalente sin riesgo; 27% como autovalente con riesgo; y, 14% como en riesgo de Dependencia¹⁹. Cabe destacar que se utiliza el supuesto de que el 85% encontrado en mayores de 65 años es válido también para la población entre 60 y 64 años.

La **población objetivo**²⁰ es la porción de la población potencial (mujeres y hombres de 60 años y más susceptible de ser beneficiada para prevenir el estado de dependencia: personas autovalentes y personas en riesgo de dependencia) que está inscrita en centros de Atención Primaria de Salud y que está validada por FONASA. El cálculo de la población objetivo se hace a través de la aplicación de la proporción de 85% a la población potencial de 60 y más años (que es el promedio de población adulta mayor inscrita y validada por FONASA en establecimientos del sistema público de atención primaria de salud)²¹.

¹⁵ Población potencial: corresponde a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica el programa y por ende pudiera ser elegible para su atención.

¹⁶ Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas, INE

¹⁷ Este supuesto aplicado para la población que es atendida por el sector privado, podría eventualmente sobreestimar o subestimar a esta población, pero no se tienen los antecedentes para dirimir este punto.

¹⁸ Se trata de uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física, también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland". Cid-Ruzafa, Javier y Damián-Moreno, Javier. **Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel**. Revista Española Salud Pública 1997. 71: 177-137.

¹⁹ Fuente: DEIS, 2018. Citado en MINSAL. RE 26. 14/1/2020

²⁰ Población objetivo: población que el programa tiene considerado atender en el mediano/largo plazo.

²¹ Fuente: REIS 2020. Op. cit

**Cuadro 2 Población Potencial, Población Objetivo y Cobertura.
2016-2019.**

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la Potencial (%)
2016	2.285.136	1.942.366	85
2017 (*)	2.153.830	1.830.756	85
2018	2.442.545	2.076.163	85
2019	2.534.189	2.154.061	85
% Variación 2016-2019	10,9%	10,9%	0

Fuente: Programa/FONASA

(*) La Población Inscrita Validada por FONASA en 2017 presenta un subregistro, que no ha sido subsanado por FONASA. Fuente: Programa.

3. Antecedentes presupuestarios

**Cuadro 3 Presupuesto asignado al programa en Ley de Presupuestos, 2016-2020
(miles de \$2020)**

Año	Presupuesto del programa** proveniente de la Institución Responsable* (a)	Presupuesto Total Institución Responsable (b)	Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (%) (a/b)
2016	\$8.588.212	\$665.448.026	1,3%
2017	\$11.388.830	\$508.301.758	2,2%
2018	\$11.409.804	\$612.333.420	1,9%
2019	\$12.889.842	\$835.880.808	1,5%
2020	\$14.063.657	\$1.080.664.915	1,3%
% Variación 2016-2020	63,7%	62,4%	0,8%

*La institución responsable corresponde a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud

**Presupuesto inicial de la Ley de Presupuestos de cada año que considera la asignación específica al programa y estimación realizada por el Panel respecto al aporte que realiza la Institución Responsable.

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el programa en Anexo 5 y estimaciones propias

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (MASAMAV) presenta en el período 2016-2020, un presupuesto anual promedio de \$ 11.668.069 (en miles de \$2020), según se describe en el cuadro anterior.

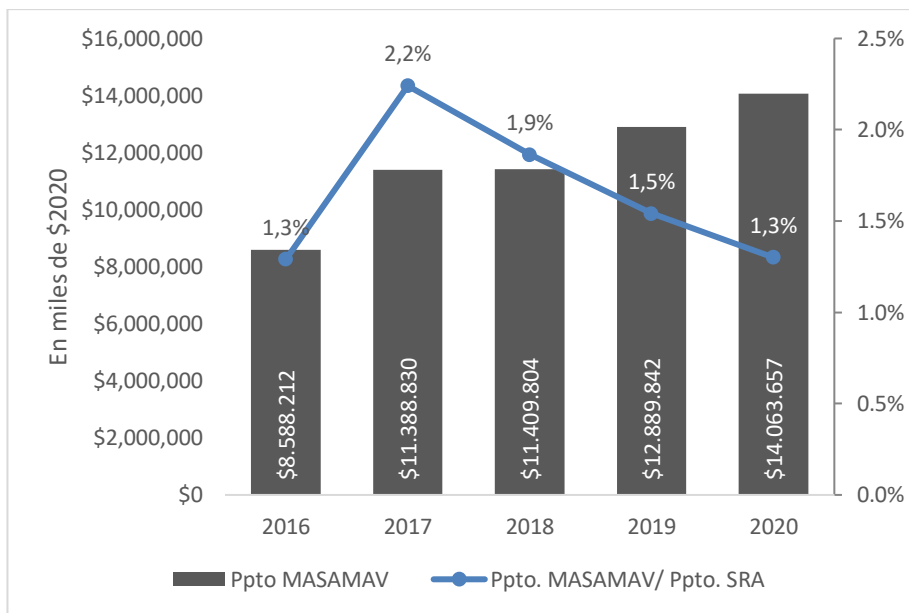
De acuerdo a registros del programa, este presupuesto se compone únicamente de la asignación específica del programa, asignado en el programa presupuestario "Programa

de Atención Primaria” del Ministerio de Salud, y ejecutado en los programas presupuestarios correspondientes a cada uno de los servicios de salud, ya sea en el subtítulo 24, ítem 03, asignación 298 “Atención Primaria, Ley N°19.378”, cuando se trata de convenios con municipios, o directamente en el subtítulo 21 y 22 de cada Servicio de Salud, cuando se trata de establecimientos de su dependencia.

Notar, sin embargo, que las cifras presentadas en el Cuadro 3 incluyen también las estimaciones realizadas por el Panel, para efectos de esta evaluación, del aporte que realiza la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) de Ministerio de Salud, la institución responsable de éste (más información al respecto se entrega en secciones posteriores de este documento).

Como se observa, el presupuesto del programa experimenta una variación total del 63,7% entre los años 2016 y 2020 y representa, en promedio, un 1,6% del presupuesto anual de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Este peso relativo, tal como se muestra en la figura siguiente, se ha mantenido estable durante el tiempo, experimentando un alza marginal del 0,8% entre el año 2016 y el 2020.

Figura 1: Presupuesto total de programa MASAMAV y peso relativo sobre presupuesto institución responsable (%), período 2016-2020 (Miles de \$ 2020)



Fuente: Elaboración propia

El cambio más sustancial en el presupuesto del programa ocurre entre los años 2016 y 2017, período en el cual éste experimentó un alza del 32,6%, pasando de M \$8.588.212 a M \$11.388.830.

El 2017, año en que ocurre esta alza, el programa realizó una revisión interna respecto a su implementación en años previos y proyectó los recursos que éste requeriría en el período 2017-2020. En la “Minuta para evaluación exploratorio 2017-2020” de la División

de Atención Primaria²² se identifica la necesidad de aumentar recursos en los distintos ítems del programa en tres de las categorías de gasto definidas por éste, específicamente movilización, insumos y capacitación. En el ítem movilización, se asignarían recursos adicionales para apoyar la movilización de duplas profesionales que se desempeñan en establecimientos de zonas urbanas, reconociendo que en éstas se realiza un alto número de viajes al interior de la comuna para entregar las prestaciones del programa (hasta el 2016, solo se entregaban recursos para financiar movilización de duplas asociadas a establecimientos que ejecutan el programa en zonas con un alto porcentaje de ruralidad). En los ítems insumos y capacitación, se expresa la intención por incrementar los recursos destinados a la compra de materiales para talleres, incluyendo la reposición de materiales desgastados por sobreuso.

Siguiendo esta lógica, el alza experimentada por el programa entre el año 2016 y 2017 podría deberse entonces a una nueva orientación técnica respecto a qué financia el programa. Sin embargo, el Panel ha encontrado en otras fuentes de información antecedentes que cuestionarían esta hipótesis – al menos parcialmente. En efecto, según las memorias de cálculo del programa, el incremento en los recursos disponibles para movilización urbana se habría concretado recién en el año 2018, y no se posee información respecto a la implementación efectiva de las otras medidas señaladas.

II. EVALUACION DEL PROGRAMA

1. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA

El programa cuenta con un diagnóstico de la identificación del problema que dio origen al programa que aparece en las sucesivas Resoluciones Exentas que aprueban el programa anualmente²³ y que está sustentada en estudios tanto del propio Ministerio de Salud (MINSAL)²⁴ como de otras fuentes²⁵. Se constata que Chile tiene una población que está envejeciendo rápidamente y que está entre los países con mayor porcentaje de personas mayores del mundo. Uno de los riesgos importantes de este grupo etario es la pérdida de sus capacidades funcionales²⁶ por la presencia de condiciones de salud-enfermedad definidas por la biología-genética y por las inequidades (diferencias injustas) experimentadas a lo largo del ciclo vital, que se manifiestan, por ejemplo, en menores niveles educativos, pobreza y marginación, discriminaciones por clase social, etnia y

²² Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. **Minuta para evaluación exploratorio 2017-2020**. Medida presidencial Más adultos Mayores Autovalentes.

²³ Ver el detalle de las referencias de las RE en el punto I 1 Descripción del Programa de este informe.

²⁴ FONASA. 2015,2016,2017,2018 **Población inscrita validada**; Ministerio de Salud. **Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010**; MINSAL. **Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados**; Ministerio de Salud (2015); Superintendencia de Salud. **Dependencia de los adultos mayores en Chile**. 2008 marzo.

²⁵ INE. 2014. **Población, país y regiones actualización población 2002 y 2012 y proyección 2013 – 2020**; Ministerio de Desarrollo Social (MDS). CASEN 2015. **Adultos Mayores Síntesis de Resultados**. 2017 junio; OMS. **Envejecimiento activo: un marco político**. Revista-española geriatría gerontología 37(S2):74-105 (2002); OMS. **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud**. 2015; Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). **Estudio Nacional de la dependencia en adultos mayores 2010**.

²⁶ No se tienen estadísticas de estas pérdidas de capacidades funcionales en la población. Por otra parte, la capacidad funcional se refiere a los atributos que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella, especialmente las actividades cotidianas. Se compone de la capacidad física y mental de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. Ministerio de Salud (2015). Óp. cit.

género, relevando el rol de los determinantes sociales de la salud en la equidad en salud y en la calidad de vida. La pérdida de funcionalidad, vale decir la dependencia en la persona mayor, se ve determinada/potenciada además con la pérdida de redes sociales y de apoyo (familia, amigos, compañeros de trabajo y otros), con la consecuente pérdida de cohesión social que implica una desvinculación de su entorno habitual y comunidad cercana de manera progresiva. De esta forma se produce una disminución de las capacidades relacionadas con el desempeño individual y social de las personas, no necesariamente asociada a procesos propios del envejecimiento y a la presencia de comorbilidades (biología), sino al deterioro socio-económico-cultural que se evidencia en el desuso y/o a la ausencia de un soporte financiero, sanitario y de cuidados que potencie el rol de las personas mayores como personas activas y partícipes de la sociedad.

La estrategia planteada para abordar el riesgo de pérdida de funcionalidad y sus consecuencias en las personas mayores es la de un programa de intervención sociosanitaria que realiza estimulación de capacidades funcionales con enfoque promocional de salud, preventivo de enfermedades a nivel individual y comunitario, el cual tiene efectos positivos en aumentar la longevidad activa (funcional, no dependiente), prevenir la dependencia, mejorar los estados cognitivos, y fomentar un envejecimiento sano, con alta autoestima, actividad cotidiana positiva y un buen vivir.

Chile: Envejecimiento de la población

Una constatación que se explicita es la importancia que ha adquirido el grupo etario de las personas mayores (60 años y más) como porcentaje de la población total, lo que puede verse en el cuadro siguiente:

**Cuadro 4 GRUPOS DE EDADES
1992 – 2017
Nº y %**

Edad	1992		2002		2017		Tasa Variación %
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1992 - 2017
0 – 14	3.929.469	29,4	3.890.126	25,7	3.523.750	20,1	-10,3
15 – 29	3.649.077	27,3	3.674.239	24,3	4.106.669	23,4	12,5
30 – 59	4.464.293	33,4	5.834.592	38,6	7.093.413	40,4	58,9
60 - 64	428.512	3,2	499.902	3,3	846.915	4,8	97,6
65 - 79	700.981	5,3	966.736	6,4	1.532.500	8,7	118,6
80 y más	176.065	1,3	250.840	1,7	470.756	2,7	167,4
TOTALES	13.348.397	100	15.116.435	100	17.574.003	100	31,7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los Censos 1992, 2002 y 2017

Se observa que en el año 1992 el grupo de 60 años y más representaba el 9,8% (1.305.558) respecto del total de la población del país. En el año 2017 subió a un 16,2% (2.850.171), lo que significó un incremento de un 118%, que es superior al de todos los demás grupos etarios para el mismo período. Las proyecciones para el año 2050 muestran que porcentualmente las personas mayores se duplicarán, alcanzando el 32%

(6.942.883) en relación al total de la población nacional.²⁷ Dicho porcentaje es superior al de las estimaciones del envejecimiento de la población mundial que alcanzará a un 22% (2.000 millones) para esa misma fecha²⁸. Asimismo, Chile estará dentro del conjunto de países que, al 2050 tendrá un porcentaje superior al 30% de personas mayores, junto con Japón, casi todos los países de Europa, Canadá, China, la Federación de Rusia, República de Corea, República Islámica de Irán, Tailandia y Vietnam²⁹.

Para efectos del análisis, resulta muy relevante la composición al interior de la población de 60 años y más que puede verse en el cuadro siguiente:

**Cuadro 5 PERSONAS POR GRUPOS DE EDADES DE 60 AÑOS Y MÁS
1992 – 2017
Nº y %**

Edades	1992		2002		2017		Tasa de variación 1992-2017 %
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
60 a 64	428.512	33	499.902	29	846.915	30	97,6
65 a 69	307.911	24	399.287	23	653.002	23	112,1
70 a 74	229.219	18	348.118	20	515.909	18	125,1
75 a 79	163.851	13	219.331	13	363.589	13	121,9
80 y más	176.065	13	250.840	15	470.756	17	167,4
TOTALES	1.305.558	100	1.717.478	100	2.850.171	100	118,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los Censos 1992, 2002 y 2017

Se observa que en el período 1992 – 2017 hubo un importante aumento porcentual del segmento de la población de 80 y más, también denominada cuarta edad, respecto del total de personas mayores. En efecto, si en el año 1992 representaba el 13% (176.065) del grupo etario de 60 años y más, en el año 2017 sube al 17% (470.756). Su incremento para el período señalado fue de 167%, que es muy superior al experimentado por los otros tramos. Las proyecciones para el año 2050 son que la cohorte de 80 años y más alcanzará al 28% (1.944.581) respecto al total de las personas mayores. Se ha estado produciendo lo que se ha denominado un “envejecimiento de la vejez”³⁰ que tiene importancia, puesto que se sabe que existe una relación entre dependencia y edad avanzada, por el aumento de situaciones de discapacidad y disfuncionalidad severa³¹ que debe ser considerada cuando se formulan políticas e intervenciones para esta población.

²⁷ Instituto Nacional de Estadísticas (INE). **Estimaciones y proyecciones. Chile 1992 – 2050, base 2017 población e indicadores.**

²⁸ OMS. **Envejecimiento y ciclo de vida.** <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

²⁹ OMS. (2015). Capítulo 3.

³⁰ Concepto utilizado en 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.

³¹ El estudio de la situación de discapacidad en Chile mostró que entre la población adulta de 18 años y más, el 20% presentaba algún grado de discapacidad (leve, moderada y severa), encontrándose el mayor porcentaje entre las personas de 60 años y más con un 38,3%, seguida por el tramo entre 45 y 59 años con un 21,7%. En esta encuesta se entiende por Persona en situación de discapacidad a aquellas personas que, en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con

Resulta interesante revisar los estudios sobre la visión que tienen las personas mayores de sí mismas, para lo cual se analizan los datos de la encuesta que realiza la Pontificia Universidad Católica desde el año 2007.³² Entre los hallazgos más interesantes está el índice de percepción de la Calidad de Vida.

Cuadro 6. Índice Percepción de las personas mayores de la Calidad de Vida (a), según nivel educacional 2007 – 2016

Años	Total	Nivel Educacional	
	Promedio General(b)	Educación Básica	Educación Superior
2016	0,72	0,69	0,76
2007	0,63	0,60	0,73

Fuente: Elaboración propia a partir de Pontificia Universidad Católica de Chile – Caja Los Andes. **Chile y sus mayores. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez.** 2017.

a) Este índice está compuesto de 4 dimensiones: Relaciones afectivas, Condiciones Físicas, Bienestar Subjetivo y Condiciones Materiales³³.

b) 0 mínima calidad de vida – 1 Mayor calidad de vida.

Se observa que el índice de percepción de calidad de vida en la vejez ha tenido un alza de un 14,3% entre 2007 y 2016. Es interesante hacer la comparación por nivel educacional alcanzado, que es el mejor proxy de la situación socioeconómica en Chile. Se constata que a mayor nivel de escolaridad la percepción de calidad de vida de las personas mayores se incrementa, aunque en ambos grupos mejora el índice para el período 2007 - 2016, teniendo un mayor incremento en los que tienen educación básica con un 15%, mientras que los con educación superior fue de un 4,1%.

diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad. Ministerio de Desarrollo Social. **Estudio Nacional de la discapacidad.** 2015.

³² El universo de la muestra 2007 fue la población de 60 o más años, residentes en viviendas particulares en ciudades de más de 30 mil habitantes en Chile. En 2010 y 2013 se amplió la encuesta a la población nacional de Chile siendo representativas de alrededor de un 86% de la población total del país. Errores muestrales mínimos, suponiendo muestreo aleatorio simple con varianza máxima: 2007: 2,4%; 2010: 2,2%; 2013: 1,9%; 2016: 2,4%. Ver Pontificia Universidad Católica de Chile – Caja Los Andes. **Chile y sus mayores. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez.** 2017. Abril.

³³ Cada dimensión tiene los siguientes subíndices: Relaciones afectivas (Suficiencia de necesidades afectivas y Calidad de las relaciones familiares), Condiciones Físicas (Autopercepción de salud, Capacidad funcional y Atención en salud), Bienestar Subjetivo (Autopercepción general de satisfacción con la vida) y Condiciones Materiales (Suficiencia de ingresos y Satisfacción de necesidades económicas).

En el cuadro siguiente, se tiene un detalle por los subíndices que tiene el índice de percepción de Calidad de Vida.

Cuadro 7. Subíndices de Percepción de Calidad de Vida, según nivel educacional 2007 – 2016

Subíndices Calidad de Vida	2007			2016		
	Promedio General	Nivel Educativo		Promedio General	Nivel Educativo	
		Básica	Superior		Básica	Superior
Relaciones afectivas	0,82	0,80	0,86	0,88	0,87	0,89
Condiciones Físicas	0,71	0,67	0,80	0,76	0,72	0,80
Bienestar Subjetivo	0,51	0,48	0,59	0,61	0,59	0,65
Condiciones Materiales	0,50	0,44	0,68	0,63	0,58	0,71

Fuente: Elaboración propia a partir de Pontificia Universidad Católica de Chile – Caja Los Andes (2017).

El subíndice mejor evaluado es el de calidad de las relaciones afectivas para ambos períodos. La diferencia entre niveles educacionales es marginal hacia el año 2016. Los peores evaluados son el de bienestar subjetivo y condiciones materiales. En su evolución en los períodos considerados ha habido mejora, sobre todo, en los de menor educación, pero aún sigue habiendo brechas importantes a favor de los que tienen educación superior.

La percepción sobre la salud de las personas mayores puede verse en la tabla siguiente.

Cuadro 8 Percepción de la propia salud como excelente, muy buena y buena, según nivel educacional 2007 – 2016

Nivel educacional	2007	2016
Superior	61,9%	65,6%
Media	46,2%	60,9%
Básica	29,1%	42,7%
Promedio General	38,8%	52,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de Pontificia Universidad Católica de Chile – Caja Los Andes (2017).

La pregunta y alternativas eran: Diría que su salud es Excelente, Muy buena, Buena, Regular y Mala

La percepción de las condiciones de salud ha mejorado en todos los grupos por nivel educacional entre el año 2007 y 2016, constatándose una disminución de brechas entre los grupos, aunque sigue habiendo una importante diferencia entre los que tienen educación superior (65,6%) de los que tienen educación básica (42,7%).

Cabe señalar que, en los años 2013 y 2016, son las dificultades económicas y de salud los principales problemas que dicen haber presentado las personas mayores. Así la jerarquía de problemas reportados para el 2016 – cuyo orden es el mismo para el año 2013 – fueron problemas económicos (29,9%), enfermedad grave de un cercano (24,9%),

problema de salud o accidente de importancia (22,5%), muerte de una persona muy cercana (19,8%) y hospitalización u operación (11,4%)³⁴.

Esta encuesta de percepción lleva a afirmar que las personas mayores están afectadas por diversas vulnerabilidades y que, las brechas de desigualdad y de exclusión social influyen en las posibilidades de un envejecimiento activo y positivo.

Una nueva mirada hacia las personas mayores

Debe entenderse que el envejecimiento no debiera ser por sí mismo un problema, pero para ello es necesario cambiar de paradigma³⁵, en el sentido, de considerar a las personas mayores contribuyentes activos³⁶ y no solo como generadores de demandas y receptores de prestaciones. Ellas no deben considerarse una carga para la sociedad, evitando los estereotipos negativos que subestiman sus capacidades de toma de decisiones y de realización de actividades de muchos tipos³⁷.

Se debe considerar a las personas mayores como ciudadanos con plenos derechos, como lo señala Etxeberria³⁸, en 4 ámbitos en que la autonomía se puede ejercer: 1) el privado que, por una parte, abarca la intimidad personal-familiar y las amistades, vinculada con la vida relacional afectiva y, por otra, 2) la vida civil con iniciativas en relación a la institución del mercado y de sentido, esto es lo religioso o secular; 3) el público en su expresión social, de integración en organizaciones de la sociedad civil que persiguen el bien común (derechos de diversos grupos, ecología, entre otros); 4) y, en su expresión política a través de la participación política democrática.

Por otra parte, se debe reconocer la variedad y heterogeneidad de la población de personas mayores cuyas trayectorias vitales, por ejemplo, son más diversas que las de la infancia y adolescencia. Puede haber personas que gozan de buena salud más allá de los noventa años³⁹ y otras padecen enfermedades graves mucho antes⁴⁰, lo que está relacionado con lo que se denomina ventaja o desventaja acumulativa generada por oportunidades desiguales a lo largo de la vida. Esto es, existen diferencias por la herencia genética, por decisiones y, sobre todo, por los entornos físicos y sociales que están fuera de su control y que también operan como barreras o incentivos en las oportunidades que finalmente influyen en la salud.

³⁴ La pregunta en la encuesta fue: ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones durante los últimos 6 meses? El total de alternativas fueron quince. Pontificia Universidad Católica de Chile – Caja Los Andes (2017). Pág. 22

³⁵ OMS. (2002) Pág. 97

³⁶ Se ha utilizado también el concepto de empoderamiento de las personas mayores, entendida como la capacidad de tomar decisiones informadas, ejercer influencia, realizar contribuciones continuas a la sociedad y tener acceso a los servicios. Sidorenko, Alexandre. **Tres cursos de acción para el empoderamiento de las personas mayores**. 2014. Págs. 119 a 130.

³⁷ Ver al respecto Nussbaum, Martha C. **Vejez y capacidades humanas**. (2018).

³⁸ Etxeberria Mauleon, Xabier. **Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad**. Págs. 61 a 70 Editoras. CEPAL-CDMX. 2014.

³⁹ La literatura ofrece magníficos relatos sobre la autonomía de las personas de más de 90 años, como son las tres ancianas - Anna-Liisa Petäjä, Irma Lännenleimu y Siiri Kettunen - residentes en centros de larga estadía, en la denominada trilogía Helsinki de la finlandesa Mina Lindgren. 1 Tres ancianas y un cocinero muerto, 2 Tres abuelas y un joyero de ida y vuelta, y 3 Tres abuelas y un plan de sabotaje. Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U. iBooks 2014, 2015 y 2016.

⁴⁰ Nussbaum, Martha C. Vejez y control en el rey lear, y el peligro de la generalización. En Nussbaum, Martha C – Levmore, Saul. Envejecer con sentido. Paidós. E pub. 2018

Hoy día se utiliza el concepto del envejecimiento activo entendido como “...el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.”⁴¹ Desde este punto de vista, se enfatiza la necesidad de intervenciones multisectoriales, para asegurar que las personas mayores sean consideradas un activo vigente y relevante para la sociedad.

El año 2015 la OMS⁴² incluyó el concepto del Envejecimiento Saludable que hace referencia al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional incluye los atributos relacionados con la salud para que una persona pueda ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona (combinación de todas sus capacidades físicas y mentales), las características del entorno que afectan esa capacidad (el hogar, la comunidad y la sociedad en general) y las interacciones entre la persona y esas características. De ahí que se establece el estado de salud de las personas mayores según el mantenimiento de su capacidad funcional para enfrentar el proceso de cambios que conlleva el envejecimiento a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal⁴³.

Con respecto a la cobertura del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), se registra a nivel nacional un 48,4% de adultos de 65 años y más con este examen realizado en los establecimientos de Atención Primaria de dependencia municipal en el año 2018⁴⁴. Según datos preliminares, a diciembre de 2018 se registra bajo control por condición de funcionalidad a un 53% de los adultos de 65 y más años validados en los establecimientos de Atención Primaria⁴⁵, lo que reitera la necesidad de continuar avanzando en la cobertura de atención de las personas mayores para su evaluación funcional y para la generación de planes de intervención adecuados a su condición funcional y a los requerimientos de salud asociados.

Los factores de riesgo que experimentan las personas mayores y que pueden resultar en pérdida de sus capacidades funcionales (comer, bañarse, vestirse, etc.) tienen relación, entre otros factores, con el deterioro asociado a condiciones de enfermedad como las cardiovasculares, mentales, neurológicas y osteoarticulares; así como las situaciones experimentadas a lo largo del ciclo vital, como las biológicas (edad, sexo), inequidades sociales (niveles educativos, pobreza y marginación) y conductas no saludables (sedentarismo, consumos alimenticios nocivos, etc.), relevando el rol de los determinantes sociales de la salud en la calidad de vida de las personas mayores⁴⁶.

⁴¹ OMS (2002). Pág. 79

⁴² OMS (2015). Págs. 30 y ss.

⁴³ MINSAL (2015). Págs. 3 y 4

⁴⁴ Indicadores de Salud 2017. DEIS MINSAL 2018 citado en las Resoluciones Exentas (RE).

⁴⁵ DEIS MINSAL 2018 y FONASA 2018 citado en las RE.

⁴⁶ Por ejemplo, menores niveles educativos y de escolarización, pobreza y marginación, discriminaciones por clase social, etnia y género. Todos estos factores de riesgos están detallados en Superintendencia de Salud (2008). Op. Cit. Ver B. Envejecimiento, discapacidad y dependencia; y en MINSAL (2015).

La intervención del Estado y estrategia del Programa.

Los datos mencionados anteriormente muestran que se está produciendo en Chile un importante proceso de envejecimiento de la población y que tiene efectos individuales y sociales que deben enfrentar. Es ilustrativo el dato que, en la encuesta del Centro de Estudios Públicos de diciembre del año 2019, mostró que a juicio de los encuestados los principales problemas del país son las pensiones (64%) y la salud (46)⁴⁷, ambos temas obviamente atañen a las personas mayores.

La pregunta es por qué el Estado debe hacerse cargo de la situación del bienestar de este grupo poblacional. La respuesta es que se trata de una población que tiene riesgos y que para enfrentarlos o superarlos requiere apoyos, sobre todo por las determinantes sociales que incide en la salud de las personas, como se argumentó anteriormente. De ahí que el Estado debe asumir las iniciativas para responder a las necesidades cada vez más altas y exigentes para quienes envejecen, requiriendo por lo tanto una diversificación de esfuerzos para satisfacerlas. Lo señalado se vincula con el concepto de bienes meritorios, es decir, de aquellos bienes y servicios que la sociedad considera que deben consumir todos sus miembros y que no son capaces de proveerse por sí mismos. Estos bienes y servicios que el Programa apoya y otorga pueden entenderse como derechos económicos y sociales que la sociedad acepta y demanda. Esta preocupación es coherente con el derecho constitucional de acceso a la salud y con los derechos e iniciativas que buscan ampliar e integrar a las personas mayores, promovidos por los convenios internacionales suscritos por el país. Al respecto, es muy relevante la ratificación por parte de Chile de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de los Adultos Mayores (2015)⁴⁸. A través de este instrumento, se reconoce que las personas mayores son sujetos activos que deben ejercer plenamente sus derechos humanos y exigir que sean respetados.

De los dos componentes que declara el Programa⁴⁹, en el primero, la intervención sociosanitaria promocional y preventiva, se ha observado que en lo preventivo (evitar la enfermedad en los beneficiarios que tienen riesgo directo) la intervención está muy clara, en que se intenta evitar el deterioro funcional, cognitivo y motor. Se apunta a mantener o mejorar la condición funcional en la vida diaria, más que solo remitirse a los tratamientos de las enfermedades crónicas y eventualmente disminuir el consumo de fármacos innecesarios. Por el contrario, se aborda poco lo promocional (mantener sanos a los sanos) en cuanto al envejecimiento activo saludable, en áreas como la sexualidad, el trabajo, el ocio, etc. De hecho, de las 48 sesiones desarrollados para la realización del taller, solo 12 abordan aspectos promocionales. Tiene indicadores pertinentes como son los porcentajes de egresados respecto a los ingresados y asistencia promedio e indicadores de eficiencia. Se evalúa negativamente la ausencia de una encuesta de satisfacción de usuarios.

En el segundo componente, que debería abordar los temas promocionales de manera intensiva y profunda para fomentar y establecer una red local de apoyo, estos aspectos no

⁴⁷ Centro de Estudios Públicos (CEP). **Estudio Nacional de Opinión Pública**. N° 84. 2019. Diciembre.

⁴⁸ SENAMA. **Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores**. <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Ratificacion-Conv-Interamericana-Prot-Derechos-Pers-Mayores.pdf>

⁴⁹ El detalle de los objetivos y componentes puede verse en este informe I.1 Descripción General del Programa y en Anexo 3

quedan claramente explicitados en las orientaciones técnicas. Por otra parte, este componente tiene la limitación que no tiene claramente especificado el rol de la dupla de profesionales y los bienes y servicios que entrega a sus beneficiarios, aparte del taller de capacitación a dirigentes de duración variable. Se señala la elaboración de planes sectoriales o coordinaciones, pero no se identifica si esto se hará en reuniones, talleres, actividades de seguimiento u otros. De hecho, no tiene indicadores para medir el otorgamiento de estos servicios. Entre la información que se levanta en el marco de este componente está la de constatar que los Servicios Locales cuenten con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y, con guías del uso de redes locales actualizadas. Lo que no queda claro es cuál es la injerencia real que tiene el programa, a través de la dupla de profesionales, para la realización de estos levantamientos, porque, para que esto ocurra, se debe contar con la disposición de estos Servicios Locales, lo que no se explicita en el diseño del programa. En cuanto a sus indicadores, debido a que los servicios que proporciona no están muy precisados, sus indicadores de medición también son difusos. Además, no puede medirse su eficiencia puesto que sus recursos no están separados de los del componente 1, lo que es una deficiencia puesto que no puede medirse los costos de efectividad del mismo.

Por otra parte, la ejecución del programa se lleva a cabo mediante convenios suscritos entre los 29 Servicios de Salud y los municipios correspondientes a su jurisdicción o establecimientos de su dependencia, y supone un esfuerzo para realizar una atención integral, que significa un importante énfasis en la coordinación entre los servicios de salud y otros servicios locales, que de acuerdo a la evidencia debieran mejorar la calidad de la atención de los usuarios, así como los resultados en la salud de las personas.⁵⁰ Sin embargo, este esfuerzo de integración entre la Atención Primaria que se encuentra bajo un régimen de administración Municipal y las orientaciones del MINSAL, involucra un desafío de integración no menor⁵¹. Es este uno de los aportes que puede realizar el Componente 2 en cuanto a contribuir en la coordinación de los servicios y realizar el seguimiento de apoyo a las personas mayores, aunque es una tarea que involucra al MINSAL como un todo.

El programa forma parte del Sistema de Protección Social del Adulto Mayor (personas mayores) y el lugar que ocupa es el de la prevención y promoción en los ámbitos de la salud-enfermedad. Desde este punto de vista, su aproximación es complementaria, por ejemplo, con el programa del SENAMA de Envejecimiento Activo o con la política de actividad física del Ministerio del Deporte. No se tuvieron evidencias de duplicidad del MASAMAV con otras políticas/programas a nivel país. Lo que sí aparece es la débil coordinación que tienen para su ejecución entre estos servicios. A nivel del MINSAL y, en particular del programa, se observan muy pocos mecanismos de coordinación formales entre los equipos involucrados en la ejecución de los diversos programas de salud⁵² que trabajan mayoritaria o prioritariamente con adultos mayores. Es el caso, del programa Elige Vivir Sano⁵³, Programa Nacional de Inmunizaciones – PNI / Prevención de Influenza⁵⁴, Programa Nacional de las Personas Adultas Mayores⁵⁵, Garantías Explícitas

⁵⁰ OMS (2015). Pág. 105

⁵¹ MINSAL. **Orientaciones para la planificación y programación en red**. 2019. Pág. 24

⁵² Para mayor detalle ver anexo 3

⁵³ En rigor, no se debe hablar de “Programa”, puesto que un sistema intersectorial del que son parte todos las políticas, planes y programas del estado que comparten como propósito los pilares del sistema.

⁵⁴ El Ministerio de Salud cada año realiza una campaña gratuita para los que tienen mayor riesgo de presentar complicaciones por la influenza.

en Salud – GES específicas en Adultos Mayores⁵⁶, Programa de Salud Cardiovascular – PSCV⁵⁷ y Programa de Reparación y Atención Integral en Salud – PRAIS⁵⁸. Al respecto, se observa una tendencia al trabajo parcelado que se ve reforzado por la falta de una instancia formal de coordinación permanente que permita dar mayor integralidad al diseño de las acciones y llegar de mejor manera a los niveles locales.

Finalmente, cabe consignar que el programa plantea correctamente la población afectada por el problema, esto es la población de personas mayores (60 años y más) beneficiaria del sector público (85% aproximadamente). Tiene unos criterios de selección/priorización de comunas a beneficiar como Municipios o establecimientos con un cierto número de personas mayores inscritas en estas entidades, sin embargo, su limitación es que no se conoce los fundamentos mediante los cuales se llegó a definir dichos criterios.

⁵⁵ Apunta a que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención. Se realiza la medición de la funcionalidad como un examen universal: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). A partir de esta medición, donde cada beneficiario, es clasificado según riesgo de perder la funcionalidad, se implementan acciones, netamente preventivas, de tratamiento o rehabilitadoras. Crucial para las personas mayores es contar con buenas redes de apoyo. No siempre se da esto.

⁵⁶ Incluye Endoprótesis, Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio, Vicios de refracción (visión), Órtesis (o ayudas técnicas), Tratamiento médico en personas con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada, Salud oral integral, Hipoacusia bilateral que requieren uso de audífono.

⁵⁷ Busca reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en APS, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular.

⁵⁸ Este programa del Ministerio de Salud es un conjunto de actos que expresan el reconocimiento y la responsabilidad que le cabe al Estado en los hechos y circunstancias acaecidos durante la Dictadura Militar. Las personas beneficiarias tienen derecho a la gratuidad de las prestaciones médicas que se otorgan en la red pública de establecimientos de salud a nivel nacional, donde pueden acceder a la oferta de atención programática como el Plan AUGE, la Ley de urgencia, entre otras. Las prestaciones médicas se les otorgan a todos, independiente de si están afiliados a FONASA, ISAPRE u otro sistema de previsual de salud.

2. DESEMPEÑO DEL PROGRAMA: EFICACIA Y CALIDAD

2.1. Eficacia a nivel de Componentes

Componente 1: Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional

El servicio que entrega este componente son talleres de 24 sesiones anuales con una duración entre 45 y 60 minutos cada una con una frecuencia de dos veces a la semana. No se tiene registrado el número de talleres que se realizaron por Servicio de Salud (SS), pero sí el número de sesiones totales anuales por SS realizadas. De esta forma, se dividió el número total de sesiones por 24 sesiones y se obtiene una aproximación del número de talleres realizado.

Los resultados pueden verse en el cuadro siguiente. Se constata que en el período de evaluación hubo un incremento de un 20,5% del número de talleres, ya que en el año 2016 se realizaron 11.562 en el 2019 estos alcanzaron los 13.931, siendo el año en que se realizaron más talleres y cuyo número, para los años 2017 y 2018, es bastante similar, sobre los 13.800 anuales.

Los SS que durante todos los años del período de evaluación estuvieron porcentualmente entre los 5 servicios con más talleres realizados, fueron tres de la Región Metropolitana y el de la Región del Maule, estos son: Metropolitano Occidente (entre el 10,8% y el 7,6% del total de talleres del país); Metropolitana Sur (entre 9,7% y 8,4%); Metropolitana Sur Oriente (entre 7,5% y 6,5%) y; Del Maule (entre 8,2% y 7%). Cabe consignar que en el año 2017 el SS Metropolitano Occidente realizó el 10,8% de los talleres respecto del total realizado a nivel nacional. En cambio, en los otros años, ningún servicio concentró más del 10% de talleres. Así, en el año 2016 el servicio Metropolitano Occidente alcanzó el 9,9% del total y en el 2018 y 2019 el Metropolitano Sur realizó el mayor porcentaje de talleres con el 8,44% y 8,88%, respectivamente.

Por otra parte, los servicios que tuvieron menos talleres durante el período de evaluación fueron Atacama (entre el 0,2% y 0,4%), Aisén (entre el 0,3% y 0,5%) y Chiloé (entre el 0,7% y 0,9%). Otros servicios que siempre estuvieron entre los que menos talleres concentraron anualmente, están Magallanes, Araucanía Norte y Arica, pero éstas alcanzaron en algún año, al menos, el 1% respecto del total de talleres del país. Estos porcentajes son coincidentes con los porcentajes de ingresados a los talleres por SS (Cuadro 9).

Se evalúa positivamente el incremento de talleres en el período de evaluación y aquellos Servicios que los disminuyeron en forma importante (superior al 10%), fueron los menos, estos son Viña del Mar Quillota (-27,7%) y Metropolitano Central (-20,9%). Otros tres SS también disminuyeron, aunque en porcentajes menores, como son: Aisén (-8,9%), Metropolitano Occidente (-7,4%) y Metropolitano Norte (-3,3%). Todos estos Servicios coinciden con disminución de beneficiarios en el mismo período. Puede decirse que el programa ha tenido la capacidad de realización de talleres mediante la contratación de la dupla de profesionales que tienen como tarea lograr su realización y que tienen una importante incidencia en obtener los resultados para las personas mayores beneficiarias del MASAMAV.

**Cuadro 9 Talleres realizados por Servicios de Salud
2016 - 2019**

SERVICIO DE SALUD	2016		2017		2018		2019		Tasa de variación 2016 - 2018
	TALLERES Nº (A)	% del total talleres	TALLERES Nº	% del total talleres	TALLERES Nº	% del total talleres	TALLERES Nº	% del total talleres	
Arica	104	0,9%	136	1,0%	133	1,0%	141	1,0%	35,3%
Iquique	162	1,4%	281	2,0%	558	4,0%	249	1,8%	53,6%
Antofagasta	284	2,5%	245	1,8%	265	1,9%	299	2,1%	5,3%
Atacama	23	0,2%	27	0,2%	49	0,4%	46	0,3%	99,8%
Coquimbo	453	3,9%	611	4,4%	580	4,2%	533	3,8%	17,7%
Valparaíso San Antonio	229	2,0%	330	2,4%	406	2,9%	446	3,2%	95,1%
Viña del Mar Quillota	739	6,4%	821	5,9%	513	3,7%	534	3,8%	-27,7%
Aconcagua	213	1,8%	318	2,3%	400	2,9%	518	3,7%	143,4%
Metropolitano Norte	625	5,4%	663	4,8%	744	5,4%	604	4,3%	-3,3%
Metrop. Occidente	1.142	9,9%	1.498	10,8%	1.110	8,0%	1.057	7,6%	-7,4%
Metropolitano Central	678	5,9%	549	4,0%	571	4,1%	537	3,9%	-20,9%
Metropolitano Oriente	529	4,6%	418	3,0%	480	3,5%	531	3,8%	0,4%
Metropolitano Sur	1.117	9,7%	1.304	9,4%	1.168	8,4%	1.221	8,8%	9,3%
Metrop. Sur Oriente	843	7,3%	989	7,2%	1.042	7,5%	900	6,5%	6,7%
Libertador B. O'Higgins	475	4,1%	556	4,0%	584	4,2%	653	4,7%	37,5%
Del Maule	854	7,4%	964	7,0%	1.135	8,2%	1.004	7,2%	17,5%
Nuble	187	1,6%	257	1,9%	318	2,3%	457	3,3%	144,8%
Concepción	655	5,7%	597	4,3%	619	4,5%	669	4,8%	2,2%
Arauco	89	0,8%	130	0,9%	137	1,0%	173	1,2%	95,1%
Talcahuano	359	3,1%	367	2,7%	430	3,1%	409	2,9%	13,9%
Biobío	276	2,4%	551	4,0%	362	2,6%	385	2,8%	39,5%
Araucanía Norte	91	0,8%	120	0,9%	145	1,0%	129	0,9%	41,4%
Araucanía Sur	429	3,7%	591	4,3%	665	4,8%	786	5,6%	83,3%
Valdivia	242	2,1%	311	2,3%	313	2,3%	389	2,8%	60,7%
Osorno	278	2,4%	300	2,2%	397	2,9%	408	2,9%	46,6%
Del Reloncaví	304	2,6%	407	2,9%	503	3,6%	545	3,9%	78,9%
Chiloé	88	0,8%	98	0,7%	91	0,7%	125	0,9%	41,8%
Aisén	55	0,5%	69	0,5%	45	0,3%	50	0,4%	-8,9%
Magallanes	41	0,4%	299	2,2%	92	0,7%	134	1,0%	230,6%
Total	11.562	100%	13.807	100%	13.854	100%	13.931	100%	20,5%

Fuente. Elaboración propia a partir de antecedentes del Programa

(A) Nº de talleres. Se construyó a partir de la información que tiene el programa sobre el nº total de sesiones anuales por cada Servicio de Salud, la que se dividió por el número de sesiones que tienen por diseño los talleres, esto es, 24.

El cuadro siguiente muestra el promedio de asistencia a los talleres por SS.

**Cuadro 10 Promedio de Asistencia a las sesiones de los talleres por Servicio
2016 - 2019
Nº de participantes**

SERVICIO DE SALUD	2016	2017	2018	2019	Tasa variación 2016 - 2019
Arica	12,8	11,5	12,0	13,6	6%
Iquique	8,1	17,5	9,4	15,7	94%
Antofagasta	9,7	11,8	12,3	11,6	20%
Atacama	22,1	24,9	12,1	17,6	-20%
Coquimbo	13,4	11,4	13,2	14,8	10%
Valparaíso San Antonio	10,8	9,7	12,2	12,8	19%
Viña del Mar Quillota	10,3	13,2	13,7	14,9	44%
Aconcagua	13,1	13,8	14,4	14,5	11%
Metropolitano Norte	14,9	17,1	15,0	15,9	6%
Metropolitano Occidente	14,4	11,8	15,2	14,8	3%
Metropolitano Central	13,7	17,7	16,4	14,5	6%
Metropolitano Oriente	15,5	15,3	14,5	13,4	-13%
Metropolitano Sur	12,2	13,4	16,4	15,0	23%
Metropolitano Sur Oriente	13,5	14,1	13,4	14,5	7%
Del Libertador B. O'Higgins	11,3	13,0	12,4	11,7	3%
Del Maule	12,4	13,3	9,4	14,0	13%
Ñuble	13,1	19,5	17,2	16,3	25%
Concepción	13,2	12,6	13,0	12,3	-6%
Arauco	13,1	11,6	11,6	11,7	-11%
Talcahuano	15,1	13,6	16,3	15,2	0%
Biobío	10,9	7,8	12,9	12,0	10%
Araucanía Norte	14,6	14,4	15,1	14,8	1%
Araucanía Sur	10,7	10,5	12,5	12,0	12%
Valdivia	10,6	10,8	11,6	11,4	8%
Osorno	11,7	10,4	10,7	11,4	-2%
Del Reloncaví	11,9	11,2	9,5	11,8	-1%
Chiloé	8,7	7,9	8,7	9,5	9%
Aisén	9,4	7,5	12,5	17,2	83%
Magallanes	12,8	4,1	13,8	11,7	-9%
Total	12,8	12,7	13,2	13,7	7%

Fuente. Elaboración propia a partir de antecedentes del Programa

Nota: Se puede producir una inconsistencia entre el promedio de asistentes por sesión, el número de talleres y el total de personas inscritas en cada año. Una explicación a esa inconsistencia es que el panel calculó el número de talleres en relación al total de sesiones que hubo en un año y las dividió por 24 que son las sesiones que en el diseño constituyen un taller. Puede que, en esta aproximación para hacer el cálculo de talleres, no refleje exactamente el número real de talleres. Por otra parte, el dato de promedio de participantes por sesión fue proporcionado por el programa.

De acuerdo a las orientaciones del MASAMAV los grupos de los talleres deben estar constituidos por, al menos, 10 personas⁵⁹. Se puede constatar que la participación

⁵⁹ Por ejemplo, en la RE 26 para el año 2020, en el punto 7 Componentes se señala expresamente este número que, por lo demás, se repite en todas las RE del programa durante el período de evaluación.

promedio de las personas mayores en los talleres, en términos agregados, se sitúa en torno a las 13 personas, cuyos promedios se han incrementado en el tiempo. En efecto, si en el año 2016 el promedio de asistentes en las sesiones fue de 12,8, en el 2019 llegó al 13,7. Para el año 2019 solo Chiloé está bajo el promedio de 10 personas por sesión, llegando a 9,5.

Asimismo, solo 5 SS en el periodo de evaluación disminuyeron sus promedios de participación por sesión, aunque todos ellos tuvieron promedios sobre las 11 personas. Estos servicios son los de Atacama (-20% pero tiene el promedio de asistencia más alto de todos los SS para el año 2019 con 17,6), Metropolitano Oriente (-13%), Arauco (-11%), Magallanes (-9%), Concepción (-7%), Osorno (-3%) y Del Reloncaví (-1%). Con todo, no se tienen los antecedentes que expliquen estas disminuciones. De todos modos, el programa, de tener estos antecedentes, puede hacer una evaluación de productividad de las duplas y a partir de allí tomar medidas correctivas.

Reconociendo que solo se trata de promedios, por lo tanto, puede esconder distorsiones en situaciones más particularizadas detrás de cada guarismo, en una primera aproximación se evalúa positivamente esta progresión positiva de los promedios de asistencia, considerando que las personas mayores requieren estar motivadas para participar y, en este caso, en general fue progresando los promedios año a año. Puede hipotetizarse que esta progresión positiva podría deberse a una combinación entre el mayor interés de los beneficiarios en participar junto con una mejor difusión.

A manera de conclusión, sobre el componente 1 en términos de producción, se considera satisfactoria su evolución en el período 2016 al 2019, en cuanto al número de talleres realizados que aumentaron progresivamente desde el año 2016, así como de la asistencia promedio de participantes. Este nivel de producción es importante, porque como se señaló en el diseño del programa (anexo 2c), la generación de este componente es el que está más claramente perfilado en su causalidad para contribuir a lograr el propósito que las personas mayores mantengan o mejoren su funcionalidad.

Componente 2: Red local para el envejecimiento activo y positivo funcionante u operativa

Este componente tiene medición de sus indicadores solo a partir del año 2019, lo que se evalúa negativamente ya que impide hacer el seguimiento de su cumplimiento en el período de evaluación.

El cuadro siguiente muestra las organizaciones que tienen líderes capacitados respecto a las organizaciones que ingresan al Programa.

Cuadro 11 Organizaciones con líderes comunitarios capacitados, por Servicio de Salud. 2019

SERVICIO DE SALUD	Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados	Organizaciones ingresadas al Programa en el período 2016-19	Porcentaje de organizaciones con líderes capacitados
Arica	66	85	78%
Iquique	76	202	38%
Antofagasta	56	98	57%
Atacama	17	23	74%
Coquimbo	187	356	53%
Valparaíso San Antonio	157	274	57%
Viña del Mar Quillota	151	264	57%
Aconcagua	161	280	58%
Metropolitano Norte	387	701	55%
Metropolitano Occidente	497	647	77%
Metropolitano Central	129	200	65%
Metropolitano Oriente	166	236	70%
Metropolitano Sur	338	542	62%
Metropolitano Sur Oriente	305	777	39%
Libertador B. O'Higgins	463	669	69%
Del Maule (1)	1.040	1.003	104%
Ñuble	99	167	59%
Concepción	296	544	54%
Arauco	41	57	72%
Talcahuano	144	197	73%
Biobío	47	122	39%
Araucanía Norte	90	132	68%
Araucanía Sur	514	832	62%
Valdivia	171	200	86%
Osorno	138	209	66%
Del Reloncaví	268	451	59%
Chiloé	71	146	49%
Aisén	0	0	
Magallanes	37	42	88%
Total	6.112	9.456	65%

Fuente. Antecedentes del Programa

(1) Obviamente hay una inconsistencia en el registro del dato para este SS

Se constata que un 65% de todas las organizaciones ingresadas al MASAMAV al año 2019 tienen líderes capacitados. Nueve SS tienen el 70% o más de las organizaciones registradas con líderes capacitados y otros tres tienen menos del 50% con líderes capacitados. Uno de ellos, Aisén, no registra organizaciones. El programa cumplió con la meta planteada que fue del 30% de organizaciones capacitadas para el año 2019 respecto del total de organizaciones ingresadas hasta ese año.

El alcance de la evaluación del servicio de capacitación a organizaciones con los datos disponibles es limitado, puesto que no se tiene la trazabilidad de la evolución de las organizaciones vinculadas con el MASAMAV. En principio, si esta inscripción fuera aumentando en el tiempo, se podría decir que el Programa va extendiendo sus redes de apoyo en agrupaciones de personas mayores u otras que tienen otros fines más amplios, por ejemplo, las juntas de vecinos. Incluso que un servicio aparezca con el 100% de las organizaciones con líderes capacitados, puede esconder el hecho que no ha realizado las gestiones para ampliar la base de organizaciones. Al contrario, un servicio que tenga capacitado menos del 50% de los líderes de las organizaciones, puede mostrar un importante nivel de relacionamiento al llegar a contactar un gran número de agrupaciones y, por lo mismo, eventualmente no tener la posibilidad de capacitarlas a todas por falta de recursos. Idealmente, debiera tenerse la línea de base de las organizaciones existentes a nivel local o, al menos, de aquellas que pudieran interesarse en el tipo de intervención que hace el Programa. Se entiende que es una tarea difícil de realizar, puesto que el universo de organizaciones es muy amplio y no necesariamente existe un registro de ellas.

Por otra parte, no se tiene el registro con más detalle de los tipos de organizaciones que están siendo apoyadas, para tener un antecedente más cualitativo para analizar la relevancia de la intervención organizacional. Desde luego, importa registrar las que agrupan a personas mayores dentro del universo total de estas organizaciones. De la revisión de los informes de los Servicios de salud y documentos informativos, se aprecia que tienen un amplio abanico de apoyo a organizaciones⁶⁰, al menos, de nivel comunal, lo que desde luego se valora, pero cuyo alcance y continuidad no se puede dimensionar. En este sentido, las actividades de seguimiento son un desafío que tiene este componente.

Los tipos de capacitación tienen una alta variabilidad en temáticas, duración y alcances de exigencias que van desde una jornada hasta cursos y cuyos participantes son evaluados en los conocimientos o habilidades logrados⁶¹. En cualquier caso, los datos que aparecen en la tabla anterior tendrán un nuevo registro para el año 2020, pudiendo entonces entregar más antecedentes de su trazabilidad en el apoyo organizacional, que puede ser considerado como un avance en la línea promocional de apoyo a las personas mayores.

El siguiente cuadro entrega información sobre los Servicios locales (Municipios, Servicios Públicos con programas o intervenciones para las personas mayores, Organizaciones No Gubernamentales, etc.) existentes en los territorios donde interviene el MASAMAV.

Cuadro 12 Servicios Locales con planes intersectoriales y oferta programática registrada para personas mayores, por servicios
2019
Nº

SERVICIO DE SALUD	Servicios Locales con		A/B
	A) Planes Intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo	B) Oferta programática para personas mayores en el período	
Arica	33	44	75%
Iquique	11	20	55%
Antofagasta	37	41	90%
Atacama	6	11	55%
Coquimbo	79	107	74%
Valparaíso San Antonio	81	92	88%
Viña del Mar Quillota	51	94	54%
Aconcagua	101	147	69%
Metropolitano Norte	239	387	62%
Metropolitano Occidente	362	612	59%
Metropolitano Central	186	430	43%
Metropolitano Oriente	55	105	52%
Metropolitano Sur	43	111	39%
Metropolitano Sur Oriente	186	712	26%
Del Libertador B. O'Higgins	410	867	47%
Del Maule	464	575	81%
Ñuble	81	119	68%
Concepción	140	210	67%

⁶⁰ Por ejemplo, capacitaciones, asesorías a dirigentes, eventos de difusión, giras de conocimiento, coordinación de actividades de las organizaciones, seguimiento de actividades, etc. Corporación Municipal La Serena. **Más Adultos Mayores Autovalentes. Capacitación de Líderes Comunitarios**. 2019; Municipalidad CESFAM de Penco. **Informe de avances de implementación del programa: "Más Adultos Mayores Autovalentes"**. 2019 agosto; Municipalidad Conchalí. **Líderes Comunitarios Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**. Sin año (sa); Municipalidad de San Antonio. **Líderes Comunitarios Programa Más Adultos Mayores Autovalentes** CESFAM Dr. Néstor Fernández Thomas Sin año (sa); Municipalidad de Vallenar. **Líderes Comunitarios Programa Más Adultos Mayores Autovalentes** (sa).

⁶¹ Ibid

SERVICIO DE SALUD	Servicios Locales con		A/B
	A) Planes Intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo	B) Oferta programática para personas mayores en el período	
Arauco	15	22	68%
Talcahuano	71	152	47%
Biobío	17	33	52%
Araucanía Norte	21	39	54%
Araucanía Sur	425	667	64%
Valdivia	100	155	65%
Osorno	65	127	51%
Del Reloncaví	173	212	82%
Chiloé	36	44	82%
Aisén	0	0	0%
Magallanes	19	31	61%
Total	3.507	6.166	57%

Fuente. Antecedentes del Programa

(A) Se refiere a Servicios Locales que teniendo ofertas programáticas para personas mayores están integrados a Planes Sectoriales locales junto con otros servicios. Apunta a un trabajo conjunto, que debe contar con planificación de actividades y determinación de recursos, monitoreo de las mismas que evidencien el progreso en el área abordada y una evaluación que informe sobre los resultados alcanzados.

(B) Oferta Programática se refiere a programas, servicios y similares que están destinados a personas mayores o que pueden acceder a dicha oferta, aunque no necesariamente esté directamente orientada a ellos (Por ejemplo, actividades recreativas para la comunidad).

Se debe señalar que estos antecedentes surgen del trabajo de la dupla profesional del programa que levanta el catastro de Servicios Locales (SL) con oferta de programas o servicios para los adultos mayores. En rigor, la evaluación de la acción de cada dupla en este ámbito debería ser si ha realizado este registro. En este sentido, la evaluación del producto entregado es dicotómica – realizado o no realizado. Del cuadro se desprende que solo Aisén no lo ha cumplido, no se tienen los elementos para evaluar esta falta de cumplimiento⁶². A contrario sensu, todo los otros SS sí lo hicieron.

Por otra parte, el programa apoya la generación de Planes Intersectoriales para que los SL que tienen ofertas estén involucrados en estos planes. Al respecto, se tiene la relación de los SL que están involucrados en estos Planes Intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo respecto a todos los SL que tienen ofertas programáticas. La meta planteada por el Programa es que el 30% del SL estén integrados a estos Planes intersectoriales, lo que se alcanza claramente en todos los SS, con la excepción de Aisén y Metropolitana Sur Oriente que llega al 26%.

El problema que tiene la medición de lo que aparece en el cuadro 12 es que el diseño no establece el rol que juega la dupla profesional en la generación de estos productos, ni cómo se logran los compromisos de las entidades involucradas⁶³. Finalmente, no se sabe cuál es el grado de injerencia que el MASAMAV tiene en la construcción de estos planes y si el logro o no de las metas se debe a su gestión.

⁶² Los informes anuales de los servicios para el año 2019 no están disponibles.

⁶³ Ver anexo 2 c

Por otra parte, los datos del cuadro permiten cuantificar en números absolutos la cantidad de Servicios Locales con ofertas para las personas mayores y aquellos que están integrados a los Planes intersectoriales para las personas mayores. Al igual que en el cuadro de organizaciones con líderes capacitados, no se tiene la trazabilidad en el tiempo de estos datos. Sin embargo, aquí existe una diferencia cualitativa relevante respecto a los líderes capacitados, esto es, que el programa no necesariamente tiene incidencia en los resultados de estos guarismos. En efecto, que la Oficina Municipal del Adulto Mayor o el programa Vínculos del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y SENAMA estén involucrados en los Planes Intersectoriales no está bajo la responsabilidad del Programa. Eventualmente, tendría más sentido saber en qué medida la dupla del MASAMAV desencadenó en alguna de estas entidades la oferta de prestaciones para sus beneficiarios o bien, estableció algún tipo de vinculación para un trabajo conjunto. De los datos recogidos, no se puede saber esta situación. Por supuesto, es valorable tener la iniciativa de registrar los Servicios Locales con alguna prestación que permita a sus usuarios capacitados, sea en el componente 1 o en el componente 2, estar informado para que ellos mismos o los asociados a organizaciones puedan recurrir a ellos.

Lo que se puede decir, por el momento, es que en el territorio de tres SS se encuentra el mayor número de Servicios Locales con Planes Intersectoriales formulados para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo, estos son: Del Maule (464), Araucanía Sur (425) y Del Libertador B. O'Higgins (410). Se reitera que estos datos son externos a la posibilidad de que el Programa pueda influir en que se generen estos planes.

En el siguiente cuadro, se analiza la situación de la oferta programática de los Servicios Locales (SL) y su relación con las comunas que tienen un mayor porcentaje de localidades aisladas.

Cuadro 13 Servicios Locales con oferta programática de acuerdo al porcentaje comunal de localidades aisladas
2019

Servicio de Salud	Nº total de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores	Nº de Servicios Locales con ofertas programáticas para personas mayores distribuidas según % comunal de localidades aisladas				
		< 5%	5 - 10%	>10 -30%	>30-50%	>50%
Arica	44			32		12
Iquique	20	4			16	
Antofagasta	41			41		
Atacama	11			11		
Coquimbo	107			107		
Valparaíso San Antonio	92	52	5	35		
Viña del Mar Quillota	94	94				
Aconcagua	147	117	30			
Metropolitano Norte	387	371	16			
Metropolitano Occidente	612	585	27			
Metropolitano Central	430	430				
Metropolitano Oriente	105	96		9		
Metropolitano Sur	111	111				
Metropolitano Sur Oriente	712	712				
Libertador B. O'Higgins	867	768	95	4		
Del Maule	575	246	289	40		
Nuble	119	75	13	31		
Concepción	210	46	60	104		
Arauco	22		3	10	9	
Talcahuano	152	129	23			
Biobío	33	3	14	11	5	
Araucanía Norte	39	15	18	6		
Araucanía Sur	667	494	73	100		
Valdivia	155	10	100	45		

Servicio de Salud	Nº total de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores	Nº de Servicios Locales con ofertas programáticas para personas mayores distribuidas según % comunal de localidades aisladas				
		< 5%	5 - 10%	>10 -30%	>30-50%	>50%
Osorno	127	96	23	8		
Del Reloncaví	212	63	110	23	16	
Chiloé	44	8	25	11		
Aisén	0					
Magallanes	31			31		
TOTAL	6.166	4.525	924	659	46	12
%	100%	73,6%	14,9%	10,6%	0,7%	0,2%

Fuente: Antecedentes proporcionados por el programa para datos de los Servicios Locales y SUBDERE. Estudio identificación de localidades en condiciones de Aislamiento 2012.

Localidad Aislada: Corresponde a un punto en el espacio, habitado por menos de 3.000 habitantes, que cuenta con bajos niveles de integración (acceso a bienes y servicios del estado y de privados) y con dificultades de acceso. El porcentaje comunal de localidades aisladas se establece a partir de la cantidad de localidades que están en esa condición respecto al total de localidades de la comuna. En los niveles de integración se consideran Educación con 3 indicadores (Acceso a establecimientos de Enseñanza Básica, Media y Parvulario), Salud con 5 indicadores (Acceso a diversos tipos de establecimientos: Atención primaria, urgencia, hospital de baja complejidad, mediana y alta complejidad) y, Centro Proveedores de Bienes y Servicios con 3 indicadores (Acceso a Centro proveedor de servicios con al menos 1 banco, con 2 o 3 sucursales bancarias y con más de 4 sucursales bancarias). A lo anterior, se agrega el Componente Condición Geográfica Estructural con dos ámbitos: Condiciones Físicas Ambientales y de Centralidad y Acceso a Centro Político Administrativo. Ver Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. **Estudio identificación de localidades en condiciones de Aislamiento 2012.** Capítulo 3 Síntesis Metodológica.

La Subsecretaría de Desarrollo Regional (SUBDERE) levantó las estadísticas de localidades aisladas por comuna, entendiendo por éstas las que tienen poca población, menores niveles de acceso a Educación, Salud y Centros de Proveedores de Servicios, a lo que se agrega las Condiciones Físicas Ambientales y de Acceso al Centro Político local. Así, por ejemplo, el SS de Arica desarrolla el Programa en dos comunas: Arica en que un 18,0% de sus localidades están aisladas respecto al total sus localidades, y Putre cuyo porcentaje de localidades aisladas llega al 87,4%. Como Arica está en el rango de comunas que tiene más del 10% sus localidades aisladas y no superior al 30%, se incluyó el número de ofertas programáticas de los SL en esta columna. Además, Arica tiene 32 Servicios Locales con oferta programática para personas mayores y eso explica el número en esa columna. A su vez, Putre está en el rango de comunas que tiene más del 50% de sus localidades aisladas y tiene solo 12 Servicios Locales con oferta para las personas mayores.

Se constata al revisar los totales de Servicios Locales con Ofertas Programáticas para Personas Mayores que llegan 6.166, el 73,6% de estas ofertas se sitúan en comunas que tienen menos del 5% de localidades aisladas. La disminución de ofertas está en directa relación con el porcentaje de localidades aisladas que tengan las comunas en que interviene el Programa. Así, las comunas que tienen entre el 5% y 10% de localidades aisladas concentran el 14,9% de la oferta y así sucesivamente, hasta aquellas comunas que tienen más del 50% de localidades aisladas tiene solo el 0,2% de las ofertas de programas.

Lo anterior se resume en que aquellas personas mayores que viven en localidades más aisladas (asociadas usualmente a la mayor ruralidad) tienen una variedad menor de alternativas de servicios, instrumentos y programas que los apoyen⁶⁴. No es una situación que el MASAMAV tenga posibilidad de cambiar, pero es una información que podría ayudarle a tomar decisiones estratégicas para apoyar a grupos de beneficiarios más aislados y eventualmente liderar nuevas ofertas de la Atención Primaria hacia estos sectores.

Se puede concluir de este componente que los servicios hasta ahora medidos – capacitación y ofertas de los servicios locales- no aportan evidencias de su contribución al

⁶⁴ No se trata de número de servicios per cápita, esto es, por ejemplo, una localidad aislada tiene 2 adultos mayores y 2 servicios locales con ofertas para personas mayores, la relación sería $2/2 = 1$, en cambio, una localidad no aislada puede tener 10 SL con oferta para 100 personas, la relación sería menor $10/100 = 0,1$, pero la diferencia es que está última tiene una mayor oferta de servicios, esto es, 10.

cumplimiento del propósito – ya que la medición del resultado en los beneficiarios solo se realiza al término del taller del componente 1 -. En principio su aporte debería ser relevante en reforzar los aspectos de prevención y, sobre todo, de promoción de la autovalencia de los beneficiarios, al vincularlos a las organizaciones y servicios culturales, recreativos y similares disponibles a nivel local.

Es un componente que muestra debilidades en su intervención por dos razones, por un lado, hay elementos estructurales sobre la poca oferta destinada a las personas mayores en el país que, como se vio, a mayor aislamiento menos oferta⁶⁵ y, por otro lado, el programa no tiene suficientemente desarrollados los servicios que entrega, dificultando la medición e interpretación de los productos entregados.

2.2. Cobertura y focalización del programa

El Programa no es universal, ya que se encuentra focalizado en la población adulta mayor beneficiaria del sector público (85% aproximadamente).

Por otra parte, desde su origen en 2015 se ha desarrollado a través de la implementación definida desde la oferta, vale decir, fijando un número de personas mayores de la población objetivo a ser intervenidas por cada dupla contratada y en comunas definidas por el Ministerio de Salud (MINSAL) según el presupuesto definido anualmente. Para realizar esto el MINSAL ha definido unos criterios de priorización que aplica año a año, a saber:

- Municipios con establecimientos de APS con 20.000 personas inscritas
- Municipios vulnerables con 23.900 o más personas inscritas
- Municipios que tienen en su población inscrita validada 1.600 o más adultos mayores

Estos criterios funcionan para definir la expansión de número de comunas de acuerdo a disponibilidad presupuestaria. Cada municipio tiene libertad para definir cuáles centros de salud serán los que ejecutarán el programa en su territorio.

No se conocen los fundamentos mediante los cuales se llegó a definir los criterios y la cuantificación de las poblaciones de corte, por lo que no es posible evaluar su pertinencia.

En 2016 se programaron 1.075 personas ingresadas por cada dupla al año, exigiendo una meta de 50% de ellas como mínimo. Para los siguientes años se fijó en 538 adultos mayores ingresados, a ser intervenidos durante el año (con ciclos de 24 sesiones mixtas) por una dupla de profesionales, exceptuando las duplas rurales (en 2018 el programa se expandió a zonas rurales), en donde el ingreso mínimo es de 350 ingresos por dupla. No existe información respecto de cómo se llegó a la definición de dichos guarismos, aunque la contratación del número de duplas está vinculada por el presupuesto de cada año.

⁶⁵ La misma situación que se detectó en el programa “Vínculos” destinado a apoyar a las personas mayores del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Esta intervención tiene 6 componentes y uno de ellos, denominado Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales, que es para relacionar a los beneficiarios con la oferta local, fue evaluado como el más débil, porque no existía una oferta nacional de apoyo a las personas mayores y tampoco tenía este programa un mayor control o injerencia sobre las existentes. Capablanca Ltda. **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.** 2018 octubre. Pág. 100. http://www.dipres.gob.cl/597/articles-187243_informe_final.pdf

**Cuadro 14: Evolución de Ingresados, egresados y comunas beneficiarias
2016 – 2019**
Nº

Items	2016	2017	2018	2019	Tasa de variación
Nº Ingresados	221.761	138.948	147.292	143.367	-35%
Nº Egresados	142.473	127.833	140.146	134.176	-6%
Nº comunas beneficiarias	160	239	247	238	49%

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por Programa

Ingresados: Son los inscritos y participan de los talleres

Egresados: son aquellas personas que han participado en, al menos, 15 de las 24 sesiones hasta el 2018; en el año 2019 se aumentó la exigencia a tener una asistencia mínima a 18 sesiones. Para efectos del programa, este grupo constituyen los beneficiarios.

En el cuadro anterior, se constata que para el período 2016 – 2019 se incrementó el número de comunas beneficiadas en un 49%, sin embargo, las personas ingresadas a los talleres disminuyeron en un 35%. Esto último, repercute en que los egresados (beneficiarios) cayeran también en un 6% que, con todo, es una cifra menor respecto a la evolución de los ingresados⁶⁶. En rigor, la más importante caída de personas participantes se produjo en el año 2017 respecto del 2016, en que los ingresados disminuyeron en un 37% y los egresados en un 10%. Estas cifras, a pesar que hubo aumentos en los años siguientes, no lograron igualar los montos iniciales de personas del año 2016. Esta baja para esos años no puede sino evaluarse negativamente y, el panel, no dispuso de los antecedentes que expliquen esa disminución.

Por otra parte, no se tiene la información para determinar cuál sería la población que podría haber ingresado al programa, dada la disponibilidad de oferta de duplas en cada año. La definición de personas a ingresar al Programa según la disponibilidad de la oferta de profesionales (duplas), afectando la cobertura efectiva del Programa.

**Cuadro 15: Población Potencial, Población Objetivo y Coberturas.
Período 2016-2019.**

Año	Población Potencial (a)	Población Objetivo (b)	Población Beneficiada (c)	Población Beneficiada respecto de la Población Objetivo Cobertura Efectiva (c/b*100) (%)
2016	2.285.136	1.942.366	142.473	7,3
2017	2.153.830	1.830.756	127.833	7,0
2018	2.442.545	2.076.163	140.146	6,8
2019	2.534.189	2.154.061	134.176	6,2
% Variación 2016-2019	10,9	10,9	-5,8	- 15,1

Fuente: Programa/FONASA

(a) Población potencial: corresponde a toda la población adulta mayor chilena, mujeres y hombres de 60 años y más susceptible de ser beneficiada, vale decir, aquel porcentaje correspondiente a la población sujeta de intervención para prevenir el estado de dependencia: personas autovalentes y personas en riesgo de dependencia.

(b) Población objetivo: es la porción de la población potencial que está inscrita en centros de Atención Primaria de Salud, que está validada por FONASA.

(c) Población Beneficiada: Población que tiene asistencia y participación en al menos 18 sesiones mixtas dentro de cada ciclo de intervención, durante el año (cifra no acumulable). Hasta el año 2018 se exigía haber participado al menos en 15 sesiones. Estos criterios, además, definen a los beneficiarios egresados.

El Programa es planificado según la disponibilidad financiera/presupuestaria, por lo que no se plantea metas de cobertura, sino de producción de acuerdo a los recursos existentes. Del cuadro anterior, se verifica que la cobertura de beneficiarios respecto a la

⁶⁶ Para un análisis de los egresados véase más abajo el punto resultados.

población objetivo gira en torno al 7% y la tendencia es a la baja durante el período. Esto se evalúa negativamente, considerando que la tendencia de los programas de salud pública y/o de Atención Primaria (EMPAM, vacunaciones anti influenza, etc.) es hacia la universalización.

A lo anterior hay que agregar que, como el diseño del Programa no considera las cifras de beneficiarios como acumulable año a año, dado que el proceso de atención es de tipo anual determinado por el EMPAM (cuyo Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor - EFAM- es un GES de aplicación anual), las cifras de población beneficiada son anuales. Lo anterior revela que existe la posibilidad de que una misma persona mayor sea beneficiada en años consecutivos, sin poder identificar esta situación desde los registros existentes, ya que los Resúmenes de Estadísticas Mensuales del Ministerio de Salud (REM)⁶⁷ no están rutificados. Los/as profesionales entrevistados/as señalan que esta situación se da excepcionalmente sin poder objetivar dicha percepción.

A continuación, se muestra un escenario ficticio, de cuál sería la cobertura efectiva si las cifras de beneficiados fueran acumulables y estos no se hubiesen repetido en los años evaluados.

Cuadro 16: Ejercicio teórico de Coberturas con Población objetivo acumulada. Período 2016-2019.

Año	Población Potencial (a)	Población Objetivo (b)	Población Beneficiada (c)	Población Beneficiada respecto de la Población Objetivo Cobertura Efectiva (c/b*100) (%)
2016	2.285.136	1.942.366	142.473	7,3%
2017	2.153.830	1.830.756	270.306	14,3%
2018	2.442.545	2.076.163	410.452	21,1%
2019	2.534.189	2.154.061	544.628	27,3%
% Variación 2016-2019	10,9	10,9	282,3	273,9

Fuente: Elaboración Propia

El ejercicio teórico muestra el aumento de cobertura efectiva de un 7,3 a 27,3%, muy distante de la realidad observada.

Dado lo anterior, debiera revisarse la posibilidad de que el Programa pueda tener un ciclo más allá del anual, específicamente en lo referido al Componente 1, vale decir un “período de vigencia” superior a un año, que permita aumentar la Cobertura Efectiva.

Así, este tipo de ejercicio teórico debería ser sensibilizado de acuerdo a las recomendaciones de un grupo de expertos/as, que, para plantear un período de vigencia de la intervención, debe evaluar técnicamente las variables de rango de edad, otros determinantes biológicos y los determinantes sociales de las personas mayores, existiendo la posibilidad de repetir la intervención por ejemplo cada 2 o 3 años, y/o realizar intervenciones de manera acortada (de 12 sesiones por ejemplo) una vez acabada la vigencia inicial. De implementarse lo planteado, se desprende que los registros deben ser rutificados para que la cifra de población beneficiaria sea acumulable.

Por otra parte, al revisar las coberturas de acuerdo a las comunas beneficiadas, estas fueron incrementándose desde un 46,2% en el año 2016 hasta un 68,8% en el año 2019, lo que se evalúa positivamente, aunque como se vio anteriormente no se ve reflejado en el aumento de la cobertura de beneficiarios respecto a la población objetivo.

⁶⁷ Los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) corresponden a un sistema de información estadística de carácter nacional, constituyen la fuente oficial para la captación de los datos básicos que son requeridos para la gestión central y local, permitiendo conocer las atenciones y actividades de salud otorgadas a la población en los establecimientos de la Red Asistencial. Para el caso de la producción de actividades la periodicidad es mensual. Para el caso de la población en control correspondiendo al censo poblacional que se efectúa dos veces en el año (Junio y Diciembre), la periodicidad es semestral.

Cuadro 17: Población Objetivo, Población Comunas Beneficiadas y Cobertura. Período 2016-2019.

Año	Población Objetivo (a)	Nº Total de comunas (b)	Comunas beneficiadas (c)	Población Comunas Beneficiadas (d)	Cobertura de Comunas Beneficiadas respecto de Total (%) c/b *100	Cobertura de Población Comunas Beneficiadas respecto de la Objetivo (%) d/a *100
2016	1.942.366	346	160	S/I	46,2	S/I
2017	1.830.756	346	239	S/I	69,1	S/I
2018	2.076.163	346	247	S/I	71,4	S/I
2019	2.154.061	346	238	S/I	68,8	S/I
% Variación 2016-2019	10,9	0	48,8		48,9	

Fuente: Programa

No se contó con la información para calcular la cobertura de la población comunal. Asimismo, tampoco se contó con información por sexo o tramos de edad.

Se entiende que el aumento de cobertura de municipios beneficiados en el período evaluado es muy positivo (49%). No obstante, es preocupante que no se encuentren definidos ni claramente explicitados los criterios aplicados que expliquen dicho aumento.

Toda la situación observada plantea serios problemas de equidad en el desarrollo del Programa, ya que existe una gran brecha entre la población que requiere la intervención promocional preventiva y la que finalmente la obtiene. Al aplicar el Modelo de evaluación de Equidad de acceso y barreras a servicios de salud, Innov8⁶⁸, y esquematizar una curva de equidad, queda evidenciado lo señalado.

La figura siguiente muestra el modelo que identifica las barreras que los Servicios de Salud en general presentan para entregar sus prestaciones a las personas en los siguientes niveles: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y utilización.⁶⁹

Figura 2: Modelo de evaluación de la equidad en la accesibilidad y las barreras a los servicios de salud.



Fuente: Innov8

Disponibilidad: existencia de cantidades suficientes de establecimientos, bienes o servicios y/o programas de salud pública y atención sanitaria.

Accesibilidad: acceso al servicio/programa/prestación incluye varias dimensiones:

⁶⁸ El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁶⁹ El marco que propusiera Tanahashi en 1978 examina la cobertura de un programa como una serie de dimensiones que la población beneficiaria debe recorrer para lograr una cobertura efectiva y obtener las prestaciones esperadas. Tanahashi T. (1978). . Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 1978;56(2):295– 303.

- Accesibilidad física – acceso físico seguro (en especial en las zonas rurales).
- Accesibilidad de información – capacidad para buscar, recibir y distribuir información e ideas sobre problemas de salud y para proteger los datos de salud; también implica el derecho a buscar, recibir y distribuir información relacionada con la salud en un formato accesible para todos, incluidas las personas con discapacidad).
- No discriminación.
- Accesibilidad económica — asequibilidad financiera

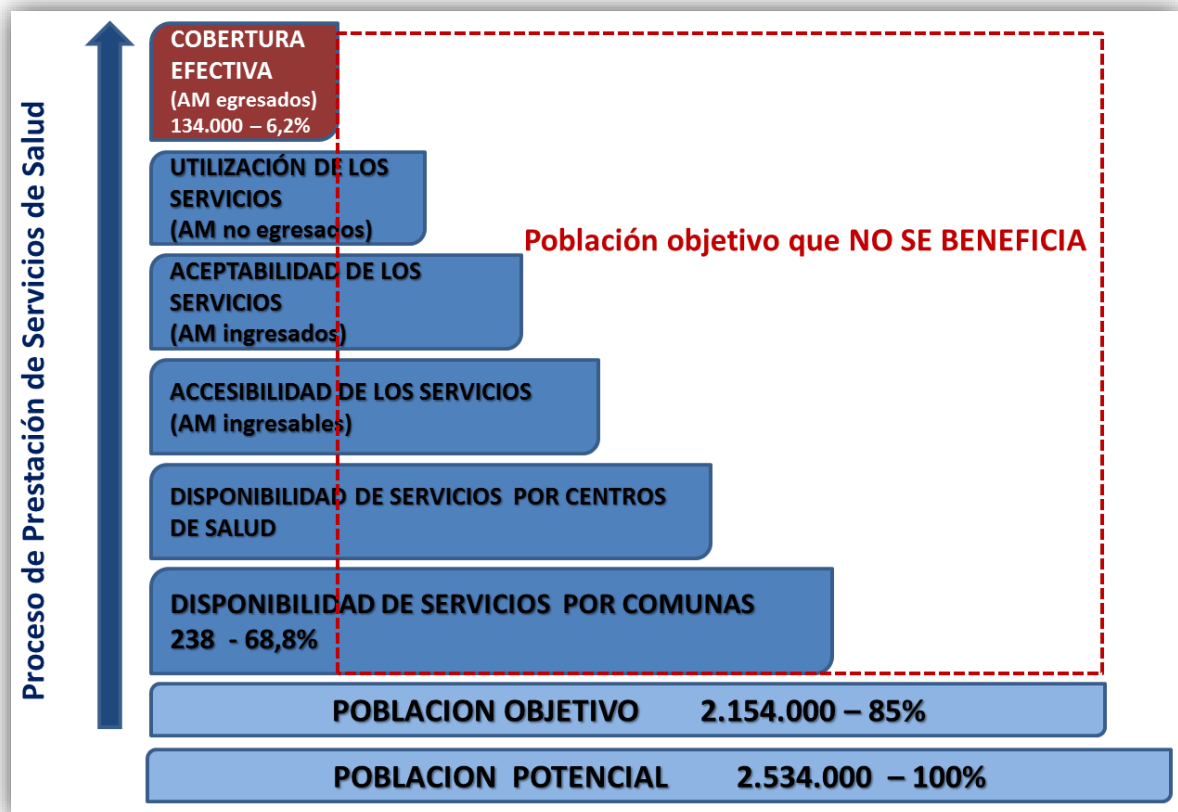
Aceptabilidad: respeto a la ética médica, el consentimiento informado, la confidencialidad del paciente y la adecuación cultural. Los establecimientos, bienes y servicios también deben respetar la ética médica y ser sensibles al género y la edad y ser apropiados y aceptables desde el punto de vista cultural.

Utilización: contacto concreto/real de la persona con el dispositivo sanitario que le otorga el servicio/prestación, el cual puede ser esporádico/circunstancial o persistente/sustancial para los objetivos de un Programa.

Cobertura efectiva: “las personas que necesitan servicios sanitarios los obtienen oportunamente y al nivel de calidad requerido para obtener el efecto deseado y los potenciales beneficios de salud” (OMS 2015). Este concepto incluye la adherencia a los Programas.

En la figura siguiente se esquematiza la situación teórica de la curva de cobertura del Programa existente al 2019.

Figura 3: Aplicación del Modelo de evaluación de Equidad de Acceso y Barreras a Servicios de Salud (Modelo Tanahashi) al Programa MASAMAV 2019.



Nota: dentro de este ejercicio teórico se explicitan porcentajes solo en aquellos niveles en donde el dato existe en la realidad. El largo de las columnas es una estimación arbitraria.

AM no egresados se entiende aquellos que no utilizan los servicios

Fuente: Elaboración Propia

Así, las barreras identificables para alcanzar la cobertura efectiva, vistas desde la población objetivo son:

- No vivir en una comuna seleccionada por el Programa
- No vivir en el territorio de un Centro de Salud seleccionado por la comuna
- Elevados tiempos de espera para la realización del EMPAM (centros donde sólo lo realiza la enfermera)
- Dificultades para movilizarse o dispersión geográfica.

- No pertenecer a ninguna organización social catastrada, lo que impide el contacto con el Programa /No usar otros servicios del centro de salud, lo que impide el contacto con el Programa
- No aceptar los servicios que oferta el Programa (no ingresar al Programa)
- No terminar el ciclo del Programa (18 sesiones mínimas)

Todas estas barreras descritas hacen recomendable, según el panel evaluador, que el Programa sea sometido a un proceso de rediseño con enfoque de equidad, que permita la definición de criterios de focalización claros y científicamente avalados.

Para el componente 2, la situación es aún más deficitaria en cuanto a información disponible, ya que solo se contó con información parcial y solo para 2019. Esto se da en el contexto de que los REM existentes no registran actividades de este tipo para ningún programa de salud vigente, por lo que el Programa debe crear y mantener registros ad hoc.

**Cuadro 18: Organizaciones Sociales, Líderes Capacitados.
Periodo 2016-2019.**

Año	Organizaciones Sociales Catastradas (a)	Organizaciones Sociales catastradas con líderes capacitados por el Programa (b)	Líderes Comunitarios capacitados por el Programa (c)	% de Organizaciones Sociales catastradas con líderes comunitarios capacitados por el Programa (b/a*100)
2016	S/I	S/I	S/I	
2017	S/I	S/I	S/I	
2018	S/I	S/I	S/I	
2019	9.456	6.112	S/I	64,6
% Variación 2016-2019	S/I	S/I	S/I	

Fuente: Programa

(a) Organizaciones Sociales de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores en las comunas del Programa e ingresadas a éste durante el año.

(b) Organizaciones Sociales ingresadas al Programa que tienen líderes capacitados por el Programa durante el año.

(c) Líderes comunitarios pertenecientes a las organizaciones catastradas que han sido capacitados por el Programa en el año.

Fuente: Programa

Si bien es cierto que la cobertura encontrada de Organizaciones Sociales catastradas con líderes comunitarios capacitados por el Programa es cercana al 65% en el año 2019 resulta adecuada (sobre todo considerando que el requisito mínimo para conseguir la transferencia de recursos financieros es de un 30%), la falta de información existente es una grave deficiencia que impide evaluar de manera integral el Programa. Resulta muy llamativo que no exista información, ni siquiera para 2019, del número de líderes comunitarios capacitados por el Programa, siendo que este dato está íntimamente relacionado con el indicador que se encuentra incluido en el compromiso de gestión de los Servicios de Salud⁷⁰ (ver anexo 3).

⁷⁰ Compromiso de Gestión N°10: 30% de las Organizaciones Sociales ingresadas al programa Más Adultos Mayores Autovalentes, contarán con líderes comunitarios capacitados en autocuidado de salud y estimulación funcional

Cuadro 19: Servicios Locales. Período 2016-2019.

Año	Servicios Locales Catastrados (a)	Servicios Locales catastrados con planes intersectoriales (b)	% de Servicios locales catastrados con planes intersectoriales (b/a*100)
2016	S/I	S/I	
2017	S/I	S/I	
2018	S/I	S/I	
2019	6.166	3.507	56,9%
% Variación 2016-2019	S/I	S/I	

(a) Servicios locales con oferta institucional local (pública o privada) para las personas mayores, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con la población adulto mayor y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población mayor.

(b) Total de Servicios Locales con planes intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa en desarrollo.

Fuente: Programa

El porcentaje de Servicios locales catastrados con planes intersectoriales encontrado en 2019 (57%) puede ser apropiado. Sin embargo, el panel evaluador no cuenta con elementos que le permitan afirmar categóricamente aquello, ya que los datos existen para un solo año, no hay otros programas comparables en este tipo de medida. Además, tal como está planteado, este aspecto tiene un carácter estructural y no de proceso, ya que no se hace referencia a otras características, más allá de la existencia o no, de los planes: en funcionamiento, evaluados positivamente, que incorporen al programa de manera directa con actividades o metas específicas, etc.

2.3. Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales

El resultado esperado del MASAMAV es que las personas mayores beneficiarias mantengan o mejoren su condición funcional después de que egresen de la intervención. En rigor, esta medición se hace una vez que la persona mayor ha finalizado su intervención en el taller del componente 1.

El cuadro siguiente muestra las personas mayores que ingresaron a los talleres y terminan su participación en ellos. Se considera egresada a aquella persona que ha participado en, al menos, 15 de las 24 sesiones hasta el 2018, en el año 2019 se aumentó la exigencia, a tener una asistencia mínima a 18 sesiones.

El número de beneficiarios que llegan hasta el final de un taller puede ser considerado un resultado intermedio en sí mismo, ya que la participación requiere la constancia de estar presente en una actividad que tiene una duración mínima de tres meses. En este sentido, lograr que un beneficiario de 60 años y más asista regularmente es una forma de integración a la sociedad.

Lo que se constata (cuadro 20) es que el porcentaje de egresos mejoró notablemente en el período de evaluación. En efecto, en el año 2016 egresaron un 64% de los ingresados al Programa y en el 2019 se elevó a un 94%, lo que significa una tasa de variación positiva del 46%. Además, desde el año 2017 los egresados siempre superan el 90% de los ingresados.

El número de SS que tuvieron egresos de un 80% o más fueron subiendo de forma importante hasta el año 2018⁷¹. De este modo, en el año 2016 solo 5 servicios tuvieron un egreso superior al 80%; en el 2017 y 2018, 28 de los servicios superaron ese porcentaje. Hubo una disminución a 21 servicios que superaron el 80% de egresos para el año 2019,

⁷¹ En los distintos años aparecen datos anómalos en algunos SS, donde los egresados superan el 100%, lo que indica un problema de registro. Se asume en estos casos que de todos modos tienen un alto porcentaje de egreso.

lo que se explica fundamentalmente por los acontecimientos sociales que se produjeron en el país a partir del mes de octubre de ese año.

Los SS de Iquique, Viña del Mar Quillota y Libertador B. O'Higgins tuvieron en todo el período de evaluación porcentajes de egresos en torno al 90% o más. Por el contrario, los que tuvieron un porcentaje de egreso inferior al 50%, fueron relativamente importantes en el año 2016, afectando a 8 servicios, pero en los años siguientes estos casos fueron marginales, afectando a Atacama (43%) en el 2017 y Aisén (45%) en el 2019.

Se considera, por lo tanto, de forma positiva la evolución de la tasa de egresados de los talleres que en los años 2017 al 2019, giró en torno al 90%.

**Cuadro 20 Personas mayores ingresadas y egresadas de los talleres, por Servicio de Salud
2016 - 2019**

SERVICIO DE SALUD	2016			2017			2018			2019		
	Ingresados	Egresados	E/I %	Ingresados	Egresados	E/I	Ingresados	Egresados	E/I	Ingresados	Egresados	E/I
Arica	3.225	1.062	33	917	1.038	113	722	1.047	145	1.372	1.071	78
Iquique	3.900	3.921	101	4.905	4.393	90	4.242	4.192	99	2.359	2.852	121
Antofagasta	6.480	1.521	23	1.371	1.228	90	1.224	1.203	98	1.297	1.284	99
Atacama	1.290	597	46	953	412	43	726	683	94	709	409	58
Coquimbo	8.415	4.444	53	4.906	4.977	101	5.346	5.824	109	5.553	6.278	113
Valparaíso San Antonio	6.480	1.915	30	2.319	2.255	97	3.478	3.107	89	3.757	4.114	110
Viña del Mar Quillota	10.350	10.505	101	12.359	9.879	80	9.798	9.329	95	9.599	7.228	75
Aconcagua	3.225	1.940	60	2.729	2.401	88	3.545	3.751	106	4.493	4.933	110
Metropolitano Norte	12.506	9.425	75	7.894	8.107	103	8.621	7.706	89	7.898	7.021	89
Metropolitano Occidente	19.470	14.825	76	12.388	11.804	95	11.512	11.499	100	10.464	9.158	88
Metropolitano Central	9.675	7.549	78	7.433	6.614	89	7.374	6.233	85	6.619	5.218	79
Metropolitano Oriente	9.735	7.357	76	6.536	5.360	82	6.514	6.316	97	5.917	4.644	78
Metropolitano Sur	21.405	10.993	51	11.134	9.915	89	12.483	12.351	99	10.983	11.547	105
Metropolitano Sur Oriente	20.730	8.460	41	8.219	6.671	81	8.394	8.553	102	7.464	7.138	96
Libertador B. O'Higgins	9.735	10.269	105	8.361	9.128	109	8.701	8.246	95	7.446	8.269	111
Del Maule	14.280	10.552	74	9.154	8.979	98	10.158	9.830	97	10.896	10.285	94
Nuble	5.160	2.821	55	3.916	3.356	86	5.049	4.340	86	5.278	5.161	98
Concepción	9.060	8.128	90	6.050	6.030	100	5.917	5.242	89	5.912	4.725	80
Arauco	1.935	1.611	83	1.267	1.138	90	1.709	1.406	82	2.058	1.757	85

SERVICIO DE SALUD	2016			2017			2018			2019		
	Ingresados	Egresados	E/I %	Ingresados	Egresados	E/I	Ingresados	Egresados	E/I	Ingresados	Egresados	E/I
Talcahuano	7.125	4.492	63	4.100	3.424	84	4.870	4.043	83	4.532	3.180	70
Biobío	5.835	3.686	63	4.381	3.603	82	4.767	3.801	80	4.554	4.178	92
Araucanía Norte	1.290	876	68	837	783	94	1.028	1.011	98	1.192	1.162	97
Araucanía Sur	9.050	4.824	53	5.700	5.828	102	7.871	8.772	111	8.864	8.903	100
Valdivia	7.125	1.942	27	2.193	2.081	95	2.513	2.395	95	2.661	2.947	111
Osorno	3.900	3.202	82	2.887	2.965	103	3.404	3.070	90	3.472	3.725	107
Del Reloncaví	5.190	3.806	73	3.745	3.181	85	4.885	4.000	82	5.184	4.833	93
Chiloé	2.610	836	32	1.018	849	83	1.043	762	73	1.437	936	65
Aisén	645	556	86	384	371	97	432	399	92	374	168	45
Magallanes	1.935	358	19	892	1.063	119	966	1.035	107	1.023	1.052	103
Total	221.761	142.473	64	138.948	127.833	92	147.292	140.146	95	143.367	134.176	94

Fuente. Antecedentes del Programa

El cuadro siguiente registra el indicador de propósito del Programa, como es establecer si las personas mayores mantienen o mejoran su funcionalidad una vez que finalizan el taller.

Cuadro 21 Personas mayores egresadas de los talleres y que mantienen o mejoran su funcionalidad, por Servicio de Salud 2016 - 2019

Servicio de Salud	2016			2017		
	EGRESADOS	REALIZADO (A)	Logro %	EGRESADOS	REALIZADO	Logro %
Arica	1.062	679	64%	1.038	660	64%
Iquique	3.921	1.949	50%	4.393	4.019	91%
Antofagasta	1.521	780	51%	1.228	826	67%
Atacama	597	394	66%	412	347	84%
Coquimbo	4.444	3.896	88%	4.977	4.208	85%
Valparaíso San Antonio	1.915	1.136	59%	2.255	1.810	80%

Servicio de Salud	2016			2017		
	EGRESADOS	REALIZADO (A)	Logro %	EGRESADOS	REALIZADO	Logro %
Viña del Mar Quillota	10.505	3.507	33%	9.879	7.111	72%
Aconcagua	1.940	1.625	84%	2.401	2.234	93%
Metropolitano Norte	9.425	5.717	61%	8.107	6.406	79%
Metropolitano Occidente	14.825	7.216	49%	11.804	9.522	81%
Metropolitano Central	7.549	5.401	72%	6.614	5.190	78%
Metropolitano Oriente	7.357	4.175	57%	5.360	3.192	60%
Metropolitano Sur	10.993	6.901	63%	9.915	8.576	86%
Metropolitano Sur Oriente	8.460	5.348	63%	6.671	5.581	84%
Libertador B. O'Higgins	10.269	4.705	46%	9.128	7.748	85%
Del Maule	10.552	6.169	58%	8.979	7.785	87%
Ñuble	2.821	1.390	49%	3.356	2.962	88%
Concepción	8.128	4.535	56%	6.030	4.793	79%
Arauco	1.611	654	41%	1.138	1.045	92%
Talcahuano	4.492	2.373	53%	3.424	2.984	87%
Biobío	3.686	2.153	58%	3.603	2.101	58%
Araucanía Norte	876	712	81%	783	817	104%
Araucanía Sur	4.824	3.639	75%	5.828	4.430	76%
Valdivia	1.942	1.141	59%	2.081	1.621	78%
Osorno	3.202	1.518	47%	2.965	1.686	57%
Del Reloncaví	3.806	3.232	85%	3.181	2.703	85%
Chiloé	836	460	55%	849	570	67%
Aisén	556	340	61%	371	302	81%
Magallanes	358	240	67%	1.063	767	72%
Total	142.473	81.985	58%	127.833	101.996	80%

Servicio de Salud	2018			2019		
	EGRESADOS	REALIZADO	Logro %	EGRESADOS	REALIZADO	Logro %
Arica	1.047	640	61%	1.071	910	85%
Iquique	4.192	3.744	89%	2.852	1.971	69%
Antofagasta	1.203	1.068	89%	1.284	1.022	80%
Atacama	683	821	120%	409	540	132%
Coquimbo	5.824	5.217	90%	6.278	5.666	90%
Valparaíso San Antonio	3.107	2.557	82%	4.114	2.337	57%
Viña del Mar Quillota	9.329	4.377	47%	7.228	4.943	68%
Aconcagua	3.751	3.008	80%	4.933	4.045	82%
Metropolitano Norte	7.706	5.982	78%	7.021	5.281	75%
Metropolitano Occidente	11.499	7.761	67%	9.158	5.742	63%
Metropolitano Central	6.233	4.939	79%	5.218	4.239	81%
Metropolitano Oriente	6.316	4.171	66%	4.644	3.599	77%
Metropolitano Sur	12.351	8.818	71%	11.547	8.006	69%
Metropolitano Sur Oriente	8.553	7.595	89%	7.138	5.824	82%
Libertador B. O'Higgins	8.246	6.865	83%	8.269	5.939	72%
Del Maule	9.830	8.136	83%	10.285	8.261	80%
Ñuble	4.340	3.825	88%	5.161	4.044	78%
Concepción	5.242	4.452	85%	4.725	3.955	84%
Arauco	1.406	1.374	98%	1.757	1.467	83%
Talcahuano	4.043	3.441	85%	3.180	3.272	103%
Biobío	3.801	2.652	70%	4.178	3.166	76%
Araucanía Norte	1.011	973	96%	1.162	1.070	92%
Araucanía Sur	8.772	6.477	74%	8.903	6.121	69%
Valdivia	2.395	1.687	70%	2.947	1.932	66%
Osorno	3.070	2.212	72%	3.725	2.272	61%
Del Reloncaví	4.000	2.862	72%	4.833	3.927	81%

Servicio de Salud	2018			2019		
	EGRESADOS	REALIZADO	Logro %	EGRESADOS	REALIZADO	Logro %
Chiloé	762	597	78%	936	800	85%
Aisén	399	370	93%	168	294	175%
Magallanes	1.035	960	93%	1.052	1.028	98%
Total	140.146	107.581	77%	134.176	101.673	76%

Fuente: Antecedentes del Programa

(A) Realizado: Se refiere a los beneficiarios que egresan del Componente 1 y mantienen o mejoran su funcionalidad

Se observa en el período de evaluación que un 58% de los egresados en el año 2016 mantuvo o mejoró su funcionalidad. Estos porcentajes mejoraron de forma importante en los años siguientes, superando el 75%, alcanzando su mayor porcentaje en el 2017 con el 80%. El MASAMAV se plantea como meta que el 60% de los egresados mantenga o mejore su funcionalidad, lo que no se logró solo en el 2016, pero en los años posteriores se consiguió ampliamente.

Claramente durante el año 2016 los resultados fueron menos satisfactorios. Hubo servicios que obtuvieron porcentajes inferiores al 50%; es el caso de Metropolitano Occidente (49%), Ñuble (49%), Osorno (47%), Libertador B. O'Higgins (46%), Arauco (41%) y Viña del Mar (33%). En cambio, hubo otros servicios que obtuvieron resultados muy satisfactorios como son los de Coquimbo (88% de los egresados mantuvieron o mejoraron su funcionalidad), Del Reloncaví (85%), Aconcagua (84%) y Araucanía Norte (81%). El año

2017 que, como se vio, en términos agregados, obtuvo los mejores resultados, 15 SS obtuvieron los resultados esperados en, al menos, el 80% de los beneficiarios. Asimismo, para este año, en ningún servicio bajo el 50% de usuarios mantuvieron o mejoraron su funcionalidad, siendo el más bajo Osorno con un 57%. Algo similar ocurre en el año 2018, en que 15 servicios lograron que, al menos, un 80% de usuarios obtuvieran los resultados esperados. Este año, sí hubo un servicio – Viña del Mar Quillota que obtuvo solo en un 47% los logros esperados, pero el siguiente servicio – Arica – obtuvo un 61% de usuarios con resultados positivos. Finalmente, en el año 2019 hubo 13 SS que obtuvieron resultados esperados, en al menos, el 80% de sus usuarios⁷². El servicio que menos resultados obtuvo con sus beneficiarios fue Valparaíso San Antonio con el 57% de las personas mayores con los logros esperados.

Se puede decir que el Programa efectivamente ha logrado resultados positivos con la realización de estos talleres, donde en torno al 75% de los participantes obtuvo resultados positivos en su medición de funcionalidad al finalizar el ciclo de sesiones. Sin embargo, como se verá en el análisis de eficiencia, el costo para obtener este resultado es mucho mayor que simplemente asegurar el egreso de un beneficiario. Visto exclusivamente desde la eficacia, este resultado es consistente con la evidencia internacional, que señala los efectos positivos que tiene este tipo de intervenciones en personas de 60 años y más sobre la adherencia a conductas preventivas, la adopción de estilo de vida saludable, la mejora en las actividades diarias y en la calidad de vida⁷³. Asimismo, se tiene evidencia internacional que la actividad física dirigida a personas mayores en intervenciones breves de 12 semanas, mejora claramente su salud general en diferentes áreas comparadas con un grupo de control.⁷⁴

La obtención de estos logros en los participantes aporta al Fin en cuanto a su contribución a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, ampliando las capacidades individuales y colectivas para enfrentar el envejecimiento activo, prolongando su autovalencia, lo que está vinculado con los Objetivos Estratégicos de Salud para la década 2010-2020, especialmente con el Objetivo Estratégico N° 3 que apunta a reducir factores de riesgo asociados a la enfermedad y el N° 4 de reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital. La constatación es que debe asumirse que el envejecimiento de la población es una oportunidad para apoyar el envejecimiento activo y que, en definitiva, las acciones de prevención y promoción con esta población son un ahorro para el país. Al respecto, los estudios realizados en sociedades desarrolladas indican que mejorar las condiciones de salud en la vejez provoca menos gastos a los sistemas de salud, donde se constata que los mayores costos se producen fundamentalmente en las nuevas tecnologías y prácticas clínicas⁷⁵.

⁷² Se excluyeron 3 servicios que obtuvieron más del 100% - Aisén (175%), Atacama (132%) y Talcahuano (103%)

⁷³ Universidad de Chile (2019). Op. Cit. Este estudio revisó artículos científicos sobre la intervención en personas mayores y sus resultados.

⁷⁴ Chapman, Sandra B et al . **Shorter term aerobic exercise improves brain, cognition, and cardiovascular fitness in aging** . Frontiers in Aging Neuroscience . Volume5 |Article75 2013 November. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825180/>

⁷⁵ OMS (2015). Op. Cit, Capítulo 4

2.4. Calidad

El Programa no tiene establecida una encuesta de satisfacción de usuarios estandarizadas para todos los SS. Lo que se tiene son encuestas que cada entidad que ejecuta el Programa elabora y procesa y que son reportados en los informes semestrales y anuales. En estos reportes y en diversos documentos de difusión revisados por el panel de evaluación, se valora muy positivamente la intervención del MASAMAV. Desde luego, la limitación que tiene esta evidencia es que es auto reportada, teniendo bajos niveles de confiabilidad y validez en el levantamiento y procesamiento de la información.

3. ECONOMÍA

3.1. Antecedentes presupuestarios

Cuadro 22: Presupuesto total del programa 2016-2020 (miles de \$2020)

Año	Presupuesto inicial del Programa proveniente de la Institución Responsable (a)**	Presupuesto vigente del Programa proveniente de la Institución Responsable (b)	Planificación presupuestaria (%) (b/a)
2016	\$ 8.588.212	\$ 9.804.216	114,2%
2017	\$ 11.388.830	\$ 11.388.833	100,0%
2018	\$ 11.409.804	\$ 13.204.692	115,7%
2019	\$ 12.889.842	\$ 12.920.407	100,2%
2020	\$ 14.063.657		
% Variación 2016-2020	63,8%		

** La entidad responsable corresponde a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. El presupuesto total del programa proviene de los aportes de ésta. Se incluyen estimaciones realizadas por el Panel respecto a dichos aportes.⁷⁶

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por Programa en Anexo 5 y estimaciones propias

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (MASAMAV) tiene, en el período 2016-2020, un presupuesto anual promedio de M\$ 11.668.069. Tal como se muestra en el cuadro anterior, esto representa una variación del 63,7% entre los años 2016 y 2020. Este presupuesto contempla, al menos formalmente, solo recursos asignados específicamente al Programa. Sin embargo, se ha estimado que existe un aporte adicional que realiza la institución responsable en la forma de recursos humanos dedicados a la implementación del Programa. Se presentan más detalles al respecto en las siguientes secciones.

⁷⁶ La institución responsable no cuenta con información respecto a los aportes que hace al programa (adicional a la asignación específica). Para efectos de esta evaluación, se estimaron estos aportes en base a antecedentes de gasto aproximados y a la construcción de parámetros teóricos de asignación de recursos.

Se observa que en el período 2016-2019 el Programa ha tenido una planificación presupuestaria promedio del 108%, entendida como la razón entre su presupuesto vigente y presupuesto inicial. Esto es indicativo de que, en general, se han estimado adecuadamente los recursos requeridos para ejecutar sus actividades al inicio de cada año presupuestario. Sin embargo, al detenerse en los indicadores de planificación presupuestaria de los años 2016 y 2018, llama la atención que el programa haya ampliado sus requerimientos presupuestarios en un 14% y 16% respectivamente, por un total de M\$3.039.884. Como se discute en secciones posteriores de este documento, esto se debe, al menos en el año 2018, a un esquema de tramitación parcelada del presupuesto requerido por el programa y no necesariamente a una debilidad en la planificación presupuestaria del MASAMAV. En efecto, en el año 2018, el programa comprometió primero los recursos destinados a financiar a los establecimientos que ejecutaban el programa hasta el año anterior (lo que el programa denomina “Continuidad”), y continuó luego con los recursos destinados a la expansión de éste hacia comunas o establecimientos que no habían sido previamente atendidos (denominado como “Expansión”). El Panel anticipa que este mismo criterio se habría utilizado en la expansión presupuestaria del 2016, pero no se recibió confirmación al respecto.

Se debe notar que esta planificación se basa tanto en los aportes específicos que recibe el Programa (identificados formalmente por éste) y también aportes de la institución responsable estimados por el Panel para efectos de esta evaluación. Como se verá más adelante, estas estimaciones representan un mínimo esperado y, en un escenario estimativo menos conservador, podrían dar cuenta de un requerimiento de recursos aún mayor que no está considerado en la planificación presupuestaria del programa.

3.2. Fuentes y uso de recursos financieros

Según registros del MASAMAV, la totalidad de los recursos contemplados en su presupuesto corresponden a la asignación específica que recibe, sin incorporar otras fuentes de financiamiento. El Programa tampoco reconoce, al menos formalmente, financiamiento extra-presupuestario ni de otras instituciones públicas.

Sin embargo, el Panel ha identificado, por medio de entrevistas con representantes del MINSAL y revisión de documentos operacionales del Programa, la existencia de otros aportes que recibe el Programa (principalmente en la forma de recursos humanos) y que no han sido valorizados por éste, a saber:

- Aportes presupuestarios no valorizados

En primer lugar, se identifican aportes de la institución responsable que, tanto a nivel central como a nivel de los Servicios de Salud, dispone de profesionales para realizar labores de dirección, coordinación, producción y apoyo del Programa.

A nivel central, estas labores son asumidas en su mayoría por un coordinador nacional del Programa que no tiene dedicación exclusiva a éste. En los SS, estas labores son asumidas por referentes o encargados técnicos regionales, los cuales dedican parte de su jornada laboral al trabajo en MASAMAV. Estos aportes no son considerados en la planificación presupuestaria del programa y no son visibilizados de manera explícita en reportes e informes del Programa. En efecto, es interesante notar que el MINSAL realizó una consulta a los SS respecto a la mantención de registros específicos que permitan estimar el aporte que realizan al programa,

frente a lo cual respondieron que dichos aportes no existen. Lo anterior es reflejo de que, tal como suele ocurrir con los programas de ejecución local, los aportes que no corresponden a una asignación específica al Programa son rara vez reconocidos por las mismas instituciones y menos registrados de forma sistemática para su cuantificación y valoración. En efecto, el Panel pudo constatar que ésta es una limitación presente en otros programas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que no valorizan el aporte de la institución responsable ni mantienen registros suficientes para estimarlos de forma confiable (se presentan más detalles al respecto en secciones posteriores del informe).

En el caso del MASAMAV, esta última limitación puede deberse, en parte, a que los encargados de los SS que cooperan con la implementación del Programa no tienen dedicación exclusiva a éste, sino que son responsables de la supervisión de una serie de líneas programáticas del MINSAL, dentro de las cuales se encuentra el MASAMAV. Esta multiplicidad de tareas dificulta el registro sistemático del gasto que solo uno de los programas origina.

A su vez, el Panel ha constatado que no existe una designación formal de las horas que un encargado SS dedica al apoyo a MASAMAV, siendo responsabilidad de los funcionarios distribuir su jornada laboral (y de otros que se encuentren bajo su cargo). Si bien esto es esperable del quehacer de un funcionario directivo, conlleva a que exista una gran variabilidad entre las cargas asumidas por los encargados en uno u otro Servicio de Salud, así como entre los sueldos percibidos por éstos.

Así, por ejemplo, en consultas realizadas por el Panel a referentes del Programa, se señala que un referente regional puede tener a su cargo hasta 10 programas distintos, monitoreando y evaluando la implementación de éstos hasta en 30 comunas a la vez (como es el caso del SS O'Higgins) mientras, en otros SS, el referente puede tener una responsabilidad sustancialmente menor. También se señala que los salarios percibidos por los encargados SS son altamente variables, correspondiéndose con la escala de remuneraciones que utiliza sector público para los distintos grados de contratación de personal. El cuadro siguiente muestra la variabilidad existente para los directivos con asignación profesional de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Cuadro 23: Escala de remuneraciones cargos profesionales (valores nominales)

Grado	2016	2017	2018	2019	2020
6	\$2.208.779	\$2.324.462	\$2.366.599	\$2.323.232	\$2.388.282
7	\$2.016.250	\$2.106.704	\$2.174.333	\$2.130.540	\$2.190.194
8	\$1.837.649	\$1.916.817	\$1.983.008	\$1.940.699	\$1.995.039
9	\$1.688.947	\$1.741.988	\$1.824.360	\$1.783.162	\$1.833.092
10	\$1.549.796	\$1.598.491	\$1.675.847	\$1.635.701	\$1.681.500
11	\$1.424.737	\$1.469.542	\$1.542.537	\$1.503.308	\$1.545.400
12	\$1.309.825	\$1.351.069	\$1.420.076	\$1.381.679	\$1.420.365
13	\$1.189.582	\$1.227.091	\$1.296.262	\$1.258.046	\$1.293.271
14	\$1.092.218	\$1.126.723	\$1.192.195	\$1.154.735	\$1.187.067

15	\$1.002.986	\$1.034.749	\$1.096.875	\$1.060.098	\$1.089.780
16	\$921.131	\$950.384	\$1.009.443	\$973.287	\$1.000.538

Max - Min	\$1.287.648	\$1.374.078	\$1.357.156	\$1.349.945	\$1.387.744
-----------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes disponibles en Portal Transparencia: Escala de Remuneraciones Subsecretaría de Redes Asistenciales - Personal regido por la Ley N 18.834

Por ejemplo, para el año 2020, la diferencia salarial existente entre un profesional grado 6 y 16 puede alcanzar un monto de \$1.387.744. Según se ha informado al Panel, en el caso del MASAMAV, los grados de los encargados SS irían entre el grado 6 y 16, concentrándose el mayor número de contrataciones en el grado 12. Esta información, si bien se basa en la observación de una situación particular por parte de referentes del programa, permite hacer una estimación de los aportes de la institución responsable (no valorizados por el programa) que se detallan más adelante y sus gastos de administración⁷⁷.

Producto de lo anterior es que, en las consultas realizadas por el Panel, se deja entrever una sensación de inequidad entre referentes SS con salarios y responsabilidades muy disímiles, posiblemente porque estas diferencias no necesariamente se relacionen con medidas de distribución laboral objetivas (por ejemplo, tamaño de la población atendida, características epidemiológicas u otros), sino con otros criterios menos trazables. En cualquier caso, el Panel considera que sería un aporte transparentar los criterios con los que se distribuyen las tareas de los referentes entre los distintos programas del MINSAL que son gestionados dentro de cada SS, ya que esto no solo permitiría simplificar el seguimiento y cálculo del costo efectivo de implementación del Programa, sino también mejorar su trazabilidad en términos de su equidad operacional por SS.

- Aportes extrapresupuestarios no valorizados

Se identifican aportes de otras instituciones del sector público (principalmente Municipalidades) que también apoyan con recursos humanos en la ejecución de actividades requeridas.

De este modo, están los aportes realizados por instituciones del sector privado que prestan servicios locales a la comunidad (como Universidades) y disponen de recursos humanos para activar la red de apoyo local del Componente 2. Se encuentran también las Organizaciones sin fines de lucro (ONGs) que actúan como intermediarias en la implementación local del MASAMAV y que disponen igualmente de recursos humanos para la gestión de los recursos que reciben del programa.

El Panel evalúa negativamente que el Programa no posea un sistema de reporte sistemático, aunque sea aproximado, de los aportes antes mencionados (especialmente presupuestarios) ya que impide, entre otras cosas, conocer el verdadero costo del

⁷⁷ Como se señala más adelante, el Panel intentó estimar el aporte de la institución responsable en base a la dotación efectiva de referentes regionales (y sus salarios), pero no recibió la información requerida para realizar dichos cálculos.

MASAMAV. Pero más preocupante aún es el hecho que, desde la mirada del programa, el valor de esta información sea cuestionable y por tanto su sistematización, prescindible.

En un esfuerzo por conocer dicho valor, el Panel propuso desarrollar una metodología de estimación de los principales aportes no valorizados antes descritos (teóricos). Específicamente, se cuantificaron y valorizaron los aportes presupuestarios de la institución responsable en términos de recursos humanos (a nivel central y de Servicios de salud). Se descartó estimar los aportes extrapresupuestarios y los aportes presupuestarios de otras instituciones del sector público, debido a la dificultad de agregar confiablemente la naturaleza de los aportes realizados por poblaciones altamente heterogéneas, como son los beneficiarios del Programa, instituciones de acción local y municipalidades. En base a estas estimaciones, y la asignación específica del programa registrada en la Ley de Presupuestos, se construyó el cuadro siguiente.

Cuadro 24: Fuentes de financiamiento estimadas del programa (miles de \$ 2020)

Fuentes de Financiamiento	2016		2017		2018		2019		2020		Variación 2016-2020
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestarias	8.588.212	100,0%	11.388.830	100,0%	11.409.804	100,0%	12.889.842	100,0%	14.063.657	100,0%	63,8%
1.1. Asignación específica al Programa	8.523.339	99,2%	11.322.594	99,4%	11.342.086	99,4%	12.823.274	99,5%	13.995.460	99,5%	64,2%
1.2. Aportes institución responsable (Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subt.21*)	64.874	0,8%	66.236	0,6%	67.718	0,6%	66.568	0,5%	68.197	0,5%	5,1%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Extrapresupuestarias	N/D	-	N/D	-	N/D 0	-	N/D	-	N/D 0	-	-
2.1 Otras fuentes (Muunicipios)	N/D	-	N/D	-	N/D	-	N/D	-	N/D	-	-
Total (Presupuestarias + Extrapresupuestarias)	8.588.212,32		11.388.830		11.409.804		12.889.842		14.063.657		63,8%

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por Programa en Anexo 5 y estimaciones propias.

* Se calculan aportes por contratación de personal a nivel central y en regiones que apoyan el programa (en base a dedicación laboral estimada)

Se constata que un 99,4% del presupuesto del programa correspondería, en promedio, a la asignación específica del programa, con una variación del 64,2% para el período de evaluación. El aporte de la institución responsable, valorizado en un promedio anual de M\$ 66.719, solo representa un 0,6% del presupuesto del MASAMAV y casi no muestra variación en el período, pues la mayoría de los parámetros utilizados para su cálculo se asumen como fijos en el tiempo, tal como se detalla en las memorias de cálculo del Panel disponibles en el Anexo 5.

Para estimar los aportes de la institución responsable, tanto a nivel central como de SS, el Panel solicitó información respecto a la dotación de personal de ambos niveles, salarios percibidos por los funcionarios o cálculo de promedios, estimación de carga horaria dedicada al trabajo en MASAMAV respecto a otros programas del Ministerio y estimación de carga horaria dedicada a actividades catalogadas como productivas o administrativas (según categorización planteada por el Panel).

Estos antecedentes no fueron entregados al Panel⁷⁸, por lo que éste basó sus estimaciones sobre información levantada en entrevistas, antecedentes salariales disponibles en el Portal de Transparencia y aproximaciones teóricas a parámetros requeridos para dichos cálculos (más detalle sobre la metodología de estimación se presenta en las memorias de cálculo del Panel disponibles en el Anexo 5). El resultado de las estimaciones se presenta a continuación.

Cuadro 25: Estimación aporte institución responsable al programa, Subtítulo 21 (\$ 2020)

Variable	2016	2017	2018	2019	2020
Aporte estimado SS	50.026.146	50.501.176	51.820.391	49.332.572	49.428.702
Aporte estimado nivel central	14.847.588	15.734.820	15.897.533	17.235.489	18.768.240
Total	64.873.734	66.235.995	67.717.924	66.568.061	68.196.942

Fuente: Elaboración propia

El aporte estimado SS se construye en base al supuesto de que los referentes SS son contratados según la escala de remuneraciones grado 12 (según antecedentes presentados en el cuadro 23, y que solo un 10% de la jornada laboral de éstos fuese destinada actividades de supervisión y apoyo al MASAMAV).

A nivel central, se considera que el principal aporte que realiza la institución responsable al programa es por concepto de pago a un encargado nacional, cuya dedicación laboral al MASAMAV se estima en un 50% y cuyo salario mensual se encuentra disponible por Transparencia.

Las estimaciones del Panel anticipan que, en promedio, un 79,1% del aporte de la institución responsable estaría dado por la labor de los referentes SS, mientras que un 25,9% estaría asociado al rol del encargado nacional. De este modo, el aporte de la

⁷⁸ Se debe señalar que, si bien el MINSAL mostró voluntad para entregar estos datos, el Panel ha constatado que existen una serie de dificultades para recopilar esta información, especialmente a nivel de SS, ya que existe una gran variabilidad en la dedicación laboral y salarios percibidos dentro de los servicios.

Subsecretaría de Redes Asistenciales ascendería, en promedio, a \$ 66.718.531 anuales (\$ 2020). Se debe notar que estas estimaciones representan una cota mínima respecto al verdadero aporte que hace la Subsecretaría al programa, pues ha sido construido en base a supuestos conservadores sobre la distribución de carga laboral y salarios percibidos por los encargados SS.

Al analizar el gasto devengado en el cuadro siguiente, y su desglose por subtítulos presupuestarios, se observa que la mayor parte del gasto corresponde a Transferencias. En efecto, en el período 2016-2019 un 89,9% del gasto corresponde a este ítem, lo cual se condice con el hecho de que el Programa es ejecutado principalmente a través de establecimientos de dependencia municipal, cuyos pagos se originan con cargo al Subt 24 (con los SS de intermediarios).

Llama la atención que, aun cuando la mayor parte de los recursos del programa se asignen de este modo, exista poca claridad respecto a cómo éstos se distribuyen dentro del Subtítulo 24. En efecto, y tal como se señala en el Anexo 3, los recursos son transferidos a los municipios tras la firma de un convenio entre el SS y el municipio en el cual, en ocasiones, se deja expresado el uso esperado de los recursos en base a los ítems de gasto que define el Programa: Recursos humanos, Insumos, Capacitación, Movilización. En ese sentido, los convenios representan una fuente de información valiosa para efectos de la desagregación de los recursos del programa, pero es muy complejo acceder ella en la actualidad, ya que se encuentra dispersa en cada uno de los documentos firmados (en papel, y potencialmente compilados en formato digital), dificultando enormemente su sistematización y análisis. Adicionalmente, se ha constatado que cada convenio sigue su propia estructura y no siempre compromete el uso de recursos al nivel de desagregación definido por el programa (más detalles en Anexo 3).

El ítem Transferencias ha tenido una variación importante durante el tiempo, con una diferencia del 35,7% entre los años 2016 y 2019. Esto es coherente con el hecho de que la mayor parte de los recursos del programa se concentran en este ítem.

Un comportamiento más estable ha tenido la evolución de los ítems de gasto Personal y Bienes y Servicios que, representando en promedio un 9,1% y 1,3% del gasto del Programa, respectivamente, no han experimentado diferencias significativas en su peso relativo en el período 2016-2019. Esta estabilidad en la distribución de gasto es reflejo de un esquema de financiamiento claro y bien estructurado para los establecimientos de dependencia SS (cuyo financiamiento origina cargos en los Subtítulos 21 y 22). Sin embargo, ésta no necesariamente se asocia a un uso eficiente de recursos, tal como se indica en la sección de Eficiencia de este documento. No hay registro de gastos por concepto de inversión u otros subtítulos.

Cuadro 26: Desglose del Gasto Devengado, por subtítulo (Miles de \$ 2020)

Subtítulo	2016		2017		2018		2019		Promedio	Var 2016-2019
Personal (Subt 21)	\$ 950.846	9,8%	\$ 1.045.743	9,2%	\$ 1.049.735	8,2%	\$ 1.061.062	8,2%	9,1%	11,6%
Bienes y Servicios de Consumo (Subt 22)	\$ 143.674	1,5%	\$ 152.791	1,3%	\$ 153.042	1,2%	\$ 154.248	1,2%	1,3%	7,4%
Transferencias (Subt 24)	\$ 8.623.965	88,7%	\$ 10.190.299	89,5%	\$ 11.539.300	90,6%	\$ 11.703.260	90,6%	89,6%	35,7%
Inversión	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%	0,0%	
Otros	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%	0,0%	
Total	\$ 9.718.485	100,0%	\$ 11.388.833	100,0%	\$ 12.742.076	100,0%	\$ 12.918.570	100,0%	100,0%	32,9%

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el programa en Anexo 5 y estimaciones propias

Al revisar el gasto total del Programa por uso, se observa que más del 90% del gasto se origina anualmente por el financiamiento de recursos humanos, especialmente en las actividades de producción. Esto coincide con la estrategia de intervención del programa, que se enfoca en la entrega de servicios a la comunidad, que requieren de un uso intensivo de recursos humanos para dichos fines (participación de las duplas profesionales en los talleres del Componente 1 y activación de la red local de apoyo a los adultos mayores del Componente 2).

Cuadro 27: Gasto total del programa, desagregado por uso (Miles de \$ 2020)

AÑO	Gasto Total del Programa			TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Ítem	Gasto Producción	Gasto Administración		
2016	Recursos Humanos	\$7.938.018	\$953.363	\$8.891.381	91,5%
	Otros Gastos	\$827.104	\$0	\$827.104	8,5%
	Total	\$8.765.122	\$953.363	\$9.718.485	-----
	% (Gasto Produc. Vs Admin.)	90,2%	9,8%	100%	-----
2017	Recursos Humanos	\$9.319.124	\$1.108.318	\$10.427.442	91,6%
	Otros Gastos	\$961.391	\$0	\$961.391	8,4%
	Total	\$10.280.515	\$1.108.318	\$11.388.833	-----
	% (Gasto Produc. Vs Admin.)	90,3%	9,7%	100%	-----
2018	Recursos Humanos	\$10.438.355	\$1.234.307	\$11.672.662	91,6%
	Otros Gastos	\$1.069.414	\$0	\$1.069.414	8,4%
	Total	\$11.507.769	\$1.234.307	\$12.742.076	-----
	% (Gasto Produc. Vs Admin.)	90,3%	9,7%	100%	-----
2019	Recursos Humanos	\$10.585.344	\$1.249.374	\$11.834.718	91,6%
	Otros Gastos	\$1.083.852	\$0	\$1.083.852	8,4%
	Total	\$11.669.196	\$1.249.374	\$12.918.570	-----
	% (Gasto Produc. Vs Admin.)	90,3%	9,7%	100%	-----

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el programa en Anexo 5 y estimaciones propias

Se debe notar que esta desagregación de uso corresponde a una estimación realizada por el Panel puesto que, como se ha indicado previamente, el programa no mantiene registros sistemáticos sobre la distribución de recursos en el Subtítulo donde más se concentran los recursos del programa (Subt 24), ni considera gastos de administración.

Respecto a lo primero, si bien esto es una práctica habitual de los programas públicos que operan por medio de transferencias a instituciones públicas de acción local (Ej. Municipalidades), conlleva dificultades a la hora de conocer en detalle cómo se utilizan los recursos, particularmente, en la distinción entre recursos humanos y otros gastos.

Como se ha mencionado previamente, el MASAMAV podría fácilmente llegar a este nivel de desagregación sobre sus gastos, si considerara la estandarización y sistematización efectiva de los datos presupuestarios que se comprometen en los convenios firmados entre los SS y las Municipalidades que participan en el programa.

Respecto a los gastos de administración, se ha constatado que no se registran formalmente y declara que un 100% de sus recursos ejecutados corresponden a gastos

de producción. Resulta preocupante, a juicio del Panel, que el Programa no disponga de un sistema adecuado para estimar la distribución de costos dentro de su estructura, y que no compute gastos de administración, entendiendo que cualquier programa requiere de actividades de apoyo para la entrega de sus servicios a los beneficiarios.

En principio, el programa indica que este planteamiento responde a una definición tomada a nivel institucional, y no se corresponde necesariamente con una subestimación deliberada de los gastos efectivos del programa. En efecto, el Panel ha podido constatar que ésta es una limitación presente en varios programas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales que, siendo sujeto del proceso de Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) de la Dirección de Presupuestos en años anteriores, debieron también acudir a estimaciones teóricas de sus gastos de administración (más detalles en la sección de Eficiencia de este documento).

Así, para construir el cuadro anterior, se debió realizar una estimación de los gastos de administración del programa, y la distribución de éstos entre RRHH y otros gastos. Se utilizó la estimación realizada por el Panel sobre los aportes de la institución responsable descrita en la sección anterior (los cuales fueron imputados, en su totalidad, a gastos de administración del programa, por concepto de RRHH), y se construyeron ponderadores de distribución de gasto en base a la revisión de convenios seleccionados. Se utilizaron como referencia dos convenios suscritos⁷⁹ entre los Servicios de Salud y los Municipios de Providencia y Quintero, los cuales detallan un desglose de recursos asignados por subtítulo 24, siguiendo los ítems de gasto que utiliza el Programa, tal como se indica en el siguiente cuadro.

Cuadro 28: Desglose Subtítulo 24 (Transferencias) en comunas seleccionadas (\$ nominales 2019)

Providencia		
Ítem	Monto	%
Recursos Humanos	78.588.692	92%
Insumos	1.966.622	2%
Capacitación	3.278.132	4%
Movilización	889.151	1%
Actividad transversal jornada en red para líderes capacitados	500.000	1%
TOTAL	85.222.597	100%
Quintero		
Item	Monto	%
Recursos Humanos	26.170.698	92%
Insumos y capacitación	1.771.522	6%
Movilización	548.067	2%
TOTAL	28.490.287	100%

Fuente: Elaboración propia en base a convenios firmados entre SS y Municipios

⁷⁹ De hecho, se revisan 3 convenios, pero solo dos de ellos presentan esta información desagregada (más detalles en Anexo 3)

Se observa (tal como se señala en el Anexo 3) que los convenios revisados presentan cierto grado de heterogeneidad en la forma como categorizan los recursos asignados, pero son lo suficientemente similares como para agregar variables relevantes para este análisis. Es de especial interés que, en ambos convenios, un 92% de los recursos son asignados al ítem recursos humanos, correspondiente a la contratación de las duplas profesionales. Si éste fuese un patrón de distribución de recursos representativo de otros municipios y establecimientos, se podría asumir que un 92% del ítem de gasto Transferencias corresponde a la contratación de recursos humanos.

Así, para los establecimientos de administración municipal, se estima que del 92% señalado, al menos un 10% corresponde a actividades de administración, según se informó al panel en entrevistas a duplas profesionales que trabajan en el programa⁸⁰. El 90% restante fue asignado a Producción en el Cuadro 27. En el caso de los establecimientos de administración SS, se estimó que el 10% del gasto registrado bajo el Subtítulo 21 corresponde a actividades administrativas, asumiendo que las duplas profesionales que en estos establecimientos se desempeñan tienen una carga laboral que se distribuye similarmente.

Aun cuando éste es un ejercicio teórico con datos de 2 convenios, puede considerarse una primera aproximación para los cálculos. Sus resultados han sido incluidos en el Anexo 5 y el detalle de los cálculos realizados se encuentra disponible en esa sección del documento.

Respecto a la distribución de gasto por componentes, no es posible concluir respecto a éste de manera confiable. Esto se debe a que no se mantienen registros de presupuesto y gasto distinguiendo por componente, sino que los describe, en términos presupuestarios, como un único gran Programa.

El Panel ha constatado que la asignación de recursos al Programa se planifica principalmente en base a los requerimientos del Componente 1, mientras que el Componente 2 opera en base a los recursos que exceden dichos requerimientos (especialmente recursos humanos).

En definitiva, el Componente 2, no tiene asignado un presupuesto específico para su operación. En cambio, la ejecución de las actividades bajo este componente depende exclusivamente de la capacidad que tengan las duplas profesionales de ejecutar las actividades de ambos componentes en una única jornada laboral que, según se ha indicado al Panel en consultas y entrevistas, parece insuficiente.

Hasta cierto punto, y según se constata en las memorias de cálculo empleadas por el MASAMAV para realizar su planificación presupuestaria y distribuir recursos entre regiones, se realizan a partir del 2019 esfuerzos por explicitar los recursos requeridos para la operación del componente 2 (de hecho, en el mismo año comienzan a registrarse sistemáticamente parte de las actividades entregadas por éste).

⁸⁰ De hecho, en entrevistas realizadas a duplas profesionales del programa, que se desempeñan en establecimientos de dependencia municipal, se indicó que entre un 20% y un 30% de las actividades realizadas por éstas son de carácter administrativo. El Panel adoptó un enfoque conservador en base a estos antecedentes y asignó solo un 10% del gasto de recursos humanos a Administración.

Respecto a lo anterior, el Panel evalúa negativamente que el componente 2 no tenga un presupuesto específico asignado, ya que es muy complejo visibilizar y potenciar las acciones de éste sin comprometer un monto específico para su ejecución. Además, llama la atención que sin tener el Componente 2 un presupuesto específico asignado, tenga asociado metas de cumplimiento sujetas a reliquidación (es decir, que cuando no son cubiertas, conllevan la deducción de recursos asignados a los establecimientos).

3.3. Ejecución presupuestaria del programa

En relación a la ejecución presupuestaria, se observa en el cuadro siguiente que el Programa tiene ejecución perfecta de sus recursos (100%) en cada uno de los años analizados, respecto al presupuesto vigente del programa. Tanto en el año 2016 como 2018 se observa una sobre-ejecución respecto al presupuesto inicial del Programa, resultado de las modificaciones presupuestarias que se realizan en esos años, que muestran incrementos entre el presupuesto inicial y vigente del 13,2% y 11,7%, respectivamente.

Estos ajustes al alza en el presupuesto del programa son aprobados por la División de Atención Primaria y tramitados por medio de resoluciones de modificación presupuestaria. Según se ha indicado al Panel, en cada resolución se encuentra la explicación detrás de la modificación requerida. Sin embargo, el Panel solo ha recibido una copia de la RE que modifica el presupuesto del año 2018 en la que pudo confirmar dicha afirmación. En esta resolución se señala que el programa debe ampliar los recursos requeridos pues se enfrenta a la “necesidad de reforzar” la estrategia del programa en 44 comunas. La expansión del programa a estas comunas se traduciría en un ingreso esperado de 23.000 personas adicionales y recursos adicionales por M\$ 1.270.549 (\$ nominales 2018).

Llama la atención que, según ha podido constatar el Panel en las memorias de cálculo del programa, la fase de expansión de éste estaría presupuestada desde el inicio del ciclo presupuestario, por lo que tramitación parcelada de los recursos en 2 cuotas (la primera, aprobada en Enero del 2018 por concepto de “Continuidad” del programa; la segunda, tramitada en Junio del 2018 por concepto de “Expansión”), respondería a una decisión más bien estratégica que a una falta de planificación presupuestaria por parte del programa.

**Cuadro 29: Ejecución presupuestaria del programa (Miles de \$ 2020).
Período 2016-2019**

Año	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
2016	\$ 8.588.212	\$ 9.802.641	\$ 9.718.485	99,1%	113,2%
2017	\$ 11.388.830	\$ 11.388.833	\$ 11.388.833	100,0%	100,0%
2018	\$ 11.409.804	\$ 13.204.692	\$ 12.742.076	96,5%	111,7%
2019	\$ 12.889.842	\$ 12.920.407	\$ 12.918.570	100,0%	100,2%
Variación 2016-2019	50,1%	31,8%	32,9%	0,9%	-11,4%

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes presentados en Anexo 5

3.4. Aportes de Terceros

No son registrados por el programa y no es posible estimarlos confiablemente.

3.5. Recuperación de Gastos

No aplica

4. EFICIENCIA

4.1. A nivel de actividades y/o componentes. Relaciona gastos con productos

En esta sección se presenta un análisis de la eficiencia con la que el Programa utiliza sus recursos disponibles, considerando que parte de los gastos analizados corresponden a estimaciones del Panel (aporte de la institución responsable y gastos administrativos).

Se debe señalar que, a falta de una desagregación por componentes del Programa sistemática y confiable, no es posible concluir respecto a la eficiencia comparada entre ambas líneas de intervención. Para efectos del análisis que sigue, se debe suponer que la totalidad de los gastos del Programa corresponden al componente 1. En base a este supuesto clave se realizan todos los cálculos que siguen.

Como se indica en el siguiente cuadro, el Programa tiene un costo por sesión grupal realizada⁸¹ que oscila entre \$31.000 y \$35.000 aproximadamente, un monto que parece razonable considerando que cada sesión cuenta con la participación de 2 profesionales remunerados por 45 minutos o más. Además, no está considerado el tiempo que éstos dedican a la preparación de las actividades que se entregan en el taller.

Cuadro 30: Gasto Promedio por sesión realizada 2016-2019 (\$ 2020)

Variable	2016	2017	2018	2019	Variación 2016- 2019
Total sesiones realizadas Componente 1 (Nº)	277.494	331.365	332.492	334.353	20,5%
Total gasto producción Componente 1 (M \$)	8.765.122	10.280.515	11.507.769	11.669.196	33,1%
Gasto por sesión (\$)	31.587	31.025	34.611	34.901	10,5%

Fuente: Elaboración propia

⁸¹ Un taller está conformado por 24 sesiones

Si bien este monto parece pertinente en principio, no es posible emitir un juicio evaluativo respecto a la eficiencia relativa de uso de los recursos, ya que el Programa no posee metas de eficiencia definidas y no se encontraron referencias de Programas nacionales o internacionales que permitan hacer una comparación relevante.

La principal dificultad en esta búsqueda está asociada con el alto nivel de especificidad de la intervención entregada por el Programa, y las características muy particulares de la población atendida. Por ejemplo, el Fondo Nacional del Adulto Mayor cuenta con diferentes líneas de intervención que apoyan a personas mayores, pero la evaluación de sus estrategias de estimulación funcional y desarrollo de capacidades potencialmente comparables, carece de indicadores de gasto desagregados al nivel que estas comparaciones requerirían⁸². Similarmente, una evaluación realizada en el 2018 al Programa Vínculos, de la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social⁸³ ofrece una fuente de comparación relevante respecto a variables cualitativas de diseño e implementación para el MASAMAV (aunque la población de interés se encuentra acotada a adultos mayores que viven en situación de pobreza), pero ésta se centra en la implementación del programa y no incorpora un análisis financiero que sirva el propósito de esta evaluación.

Alternativamente, es posible revisar la evolución histórica de los indicadores para comparar su desempeño temporal. Así, el gasto promedio por sesión realizada ha experimentado un alza leve entre los años 2016 y 2019 (10,5%), indicativo de que el costo de producción de las sesiones ha crecido a una tasa más acelerada (33,1%) que el número de talleres producidos (20,5%).

La variación de este indicador de eficiencia es congruente con los antecedentes recopilados por el Panel respecto a los valores unitarios que el programa utiliza para proyectar los recursos necesarios en los establecimientos de dependencia municipal (Subt 24) que representan la mayor parte de su presupuesto. Más detalles respecto al mecanismo de planificación presupuestaria utilizada por el MASAMAV se encuentra en el Anexo 3.

En efecto, de la interpretación hecha por el Panel respecto a las memorias de cálculo del programa⁸⁴, se pudo deducir que no ha habido un cambio sustancial en estos valores. Tal como se observa en el cuadro siguiente, entre los años 2017 y 2020, los ítems de gasto definidos por el programa experimentaron, en términos unitarios, un alza real del 4,5%. El Panel considera que el incremento en este indicador es más bien despreciable en relación a la ventana de evaluación analizada.

⁸² DIPRES. **Informe de evaluación del Programa Fondo Nacional del Adulto Mayor**, Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2012.

⁸³ Capablanca Ltda (2018). **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**". 2018

⁸⁴ El Panel tuvo acceso a las memorias de cálculo del Programa de los años 2017, 2018, 2019 y 2020. Las memorias de cálculo del MASAMAV fueron creadas con el fin de ser utilizadas internamente y, por esto, carecen de la formalidad y diseño necesarios para permitir la fácil (y oportuna) interpretación de su contenido por parte de terceros. Dicho esto, estas memorias son la única fuente de información vigente que mayor claridad aporta sobre la planificación presupuestaria específica del Programa, y gracias a éstas se ha podido concluir sobre varios aspectos de esta evaluación.

Cuadro 31: Costo unitario de producción por dupla o establecimiento de dependencia Municipal (\$ 2020)

Item de Gasto*	2017	2018	2019	2020	Var 2017-2020
RRHH (\$/año/dupla)	25.750.070	26.566.120	26.877.333	26.919.247	4,5%
Insumos (\$/año/dupla)	668.949	690.150	698.235	699.324	
Capacitación (\$/año/dupla)	1.074.100	1.108.140	1.121.121	1.122.870	
Movilización rural (\$/año/establecimiento)	3.222.300	3.324.420	3.363.364	3.368.609	
Movilización urbana (\$/año/establecimiento)	537.050	554.070	560.560	561.434	

* El costo por dupla es estimado por el programa en base a la remuneración estándar 2 de profesionales grado 10 del año anterior, e inflactado por el reajuste salarial del sector público. El costo de insumos, capacitación y movilización es estimado en base a criterios técnicos del referente nacional del programa que no son conocidos por el Panel ni se pueden deducir de las memorias de cálculo u otras fuentes de información disponibles.

Fuente: Elaboración propia

Por último, es posible plantear comparadores de eficiencia intra-programa, contrastando los costos de producción del componente 1 entre Servicios de Salud y por tipo de dependencia.

Cuadro 32: Costo promedio por sesión impartida, por Servicio de Salud (\$ 2020)

SERVICIO DE SALUD	2016	2017	2018	2019
ARICA	48.664	41.132	43.196	41.961
IQUIQUE	37.222	23.729	12.276	28.429
ANTOFAGASTA	35.711	45.419	43.167	39.506
ATACAMA	88.070	83.443	46.776	51.433
COQUIMBO	29.966	26.067	32.509	36.584
VALPARAÍSO SAN ANTONIO	43.400	43.984	48.159	45.345
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	22.145	28.765	47.247	46.940
ACONCAGUA	28.363	30.586	34.208	27.368
METROPOLITANO NORTE	31.660	34.105	33.882	43.166
METROPOLITANO OCCIDENTE	27.898	23.127	32.019	34.780
METROPOLITANO CENTRAL	30.132	39.784	39.292	43.249
METROPOLITANO ORIENTE	30.691	42.497	37.943	35.465
METROPOLITANO SUR	30.085	28.262	35.686	35.279
METROPOLITANO SUR ORIENTE	38.465	37.296	36.320	43.391
O'HIGGINS	33.341	37.389	45.094	41.718
MAULE	27.327	32.815	31.874	37.253
ÑUBLE	44.132	48.256	47.894	34.466
CONCEPCIÓN	22.740	27.291	26.987	25.807

SERVICIO DE SALUD	2016	2017	2018	2019
ARAUCO	37.081	27.321	43.299	35.488
TALCAHUANO	31.100	33.393	31.901	34.700
BIOBÍO	37.665	22.191	34.690	33.679
ARAUCANÍA NORTE	23.633	19.438	25.189	29.331
ARAUCANÍA SUR	36.467	40.876	44.829	39.218
VALDIVIA	52.485	43.511	59.973	53.112
OSORNO	21.899	22.259	26.740	26.918
RELONCAVÍ	27.485	28.171	31.115	29.693
CHILOÉ	50.166	48.484	81.508	61.045
AISÉN	39.013	32.691	51.534	47.807
MAGALLANES	74.927	11.206	37.204	26.450
Promedio SS	62.610	51.680	66.248	59.190

Min	21.899	11.206	12.276	25.807
Max	88.070	83.443	81.508	61.045
Var	14.792	13.213	12.478	8.688

* Se calcula como el número de sesiones realizadas dividido por el gasto devengado que mantiene el MASAMAV para cada SS, descontando la estimación de gasto de administración realizada por el Panel. El gasto de producción total por SS se asigna proporcionalmente entre los establecimientos, según se detalla en las memorias de cálculo del Anexo 5.

Fuente: Elaboración propia

Como se muestra en el cuadro anterior, el costo unitario de una sesión es altamente sensible al Servicio de Salud en el que se imparte. Por ejemplo, en el año 2017, el costo promedio por sesión en el SS de Atacama fue de \$83.443, un monto 7.4 veces mayor al costo unitario de producción en el SS de Magallanes, por \$11.206. Estas diferencias, preocupantes a juicio del Panel, no se relacionan necesariamente con el Servicio de Salud (o región particular), sino más bien con el tipo de dependencia de los establecimientos.

En efecto, y tras la revisión de las memorias de cálculo del Programa se pudo extraer información valiosa respecto al costo relativo de implementación del programa en establecimientos de dependencia municipal en comparación con establecimientos de dependencia SS. El Panel pudo interpretar que, tal como se menciona en el Anexo 3, el programa utiliza valores unitarios de producción por dupla o establecimiento homogéneos para los ítems Movilización, Capacitación e Insumos. Pero éste no es el caso de Personal o recursos humanos, ya que los establecimientos de dependencia municipal están sujetos a un valor dado por dupla profesional contratada, mientras que los SS – y establecimientos dependientes de éstos - tienen valores de remuneración propios.

Por ejemplo, y tal como se muestra en el cuadro siguiente, en el año 2020 se destinan \$26.919.247 al financiamiento de cada dupla que se desempeña en un establecimiento municipal, mientras el monto promedio destinado a las duplas de los establecimientos SS es de \$43.323.138, un monto 1,61 veces más alto que el primero. Esto levanta una gran preocupación respecto a la eficiencia de implementar el programa a través de

establecimientos de dependencia SS y las razones que se encuentran detrás de esta gran diferencia de costos. Éstas desgraciadamente no fueron clarificadas por el programa.

Cuadro 33: Costo de contratación de RRHH por tipo de dependencia (\$ 2020)

Variable	2017		2018		2019		2020	
	Municipal	SS	Municipal	SS	Municipal	SS	Municipal	SS
Número Duplas	319	23	391	23	391	23	391	23
Número Establecimientos	286	23	353	23	353	23	353	23
Monto total (\$)	7.946.329.688	948.719.761	10.387.352.731	982.016.345	10.509.037.111	994.493.592	10.525.425.577	996.432.176
Valor Unitario RRHH (\$/año/dupla)*	24.910.124	41.248.685	26.566.120	42.696.363	26.877.333	43.238.852	26.919.247	43.323.138
Valor Kinesiólogo o Terapeuta	1.072.920	1.718.695	1.106.922	1.779.015	1.119.889	1.801.619	1.121.635	1.805.131
Valor unitario RRHH SS/ Municipal	1,60		1,61		1,61		1,61	

*Esta tabla se construye en base a los registros obtenidos de las memorias de cálculo del programa. En algunos casos, fue posible extraer los valores de contratación mensual de los profesionales - individuales- de la dupla (kinesiólogo o terapeuta ocupacional) mientras que, en otros casos, se obtuvieron valores anuales de contratación de la dupla. En el último caso, el salario unitario de cada profesional se calculó como: Valor unitario dupla profesional/12/2. Estos valores pueden diferir de aquellos presentados en el Cuadro 31 debido a que las memorias de cálculo del programa presentan una variedad de parámetros en apariencia equivalentes, cada uno sujeto a un factor de inflación, corrección u otro ajuste que los diferencia marginalmente. El resumen que se presenta en este cuadro responde a la mejor interpretación que el Panel logró hacer de los datos disponibles.

Fuente: Elaboración propia

El gasto de producción por beneficiario atendido puede verse en el cuadro siguiente.

Cuadro 34: Gasto promedio por Beneficiario 2016-2019 (\$ 2020)⁸⁵

Variable	2016	2017	2018	2019	Variación 2016-2019
Total egresados Componente 1 (beneficiarios)	142.473	127.833	140.146	134.176	-5,8%
Total gasto producción Componente 1 (M\$)	\$ 8.765.122	\$ 10.280.515	\$ 11.507.769	\$ 11.669.196	33,1%
Gasto por beneficiario atendido (\$)	\$ 61.521	\$ 80.421	\$ 82.113	\$ 86.969	41,4%

Fuente: Elaboración propia

Se observa que el gasto promedio por beneficiario ha aumentado en un 41% entre los años 2016 y 2019, con oscilaciones entre \$61.521 y \$86.969, por beneficiario (\$77.756 en promedio). Este monto promedio parece en principio bajo, y considera que la hora de trabajo de una dupla profesional, en un establecimiento de dependencia municipal (que representa a la mayoría) tiene una valorización promedio de \$6.141, asumiendo una carga laboral, por profesional, de 45 horas a la semana (el salario mensual promedio de la dupla, en valores reales \$2020, es de \$1.105.341). Sin embargo, resulta preocupante, a juicio del Panel, que este indicador de eficiencia haya tenido un alza tan importante durante el período, especialmente cuando se le compara con el alza mucho menor experimentada por el gasto por sesión realizada (10,3%). Esto, porque indicaría que el gasto de producir los servicios para los beneficiarios del programa está aumentando a una tasa mucho mayor a la capacidad que tiene el programa de egresar a sus beneficiarios. Si esta tendencia continuase en el tiempo, se agotarían rápidamente los recursos del programa antes de atender a la población deseada.

Ahora bien, estos resultados deben ser acogidos con cuidado. Esto, porque el Panel observa que la variación entre el año 2016 al 2019 puede no ser la mejor representación del comportamiento global del programa, pues hay indicios de que el año 2016 el programa se implementó de manera algo distinta a los otros años, con el número de egresados más alto en el período de evaluación (y el número de sesiones más bajo del período). Si se compara el gasto promedio por beneficiario entre el año 2017 y 2019, la variación es mucho menor (8,1%), y estaría de acuerdo con el cambio observado en el gasto por sesión realizada. Lo anterior refuerza la importancia de resguardar que el programa acoja una lógica de implementación estándar⁸⁶ en el tiempo, para asegurar que las cifras que se obtienen año a año sean comparables entre sí.

⁸⁵ No incluye información de gastos de administración.

⁸⁶ Es decir, que establezca parámetros de implementación claros y sistemáticos (por ejemplo, número de beneficiarios atendidos por dupla profesional) y que, en el caso de que éstos varíen en el tiempo, se describan los motivos para hacer estos cambios y qué consecuencias traerían sobre la eficacia y eficiencia del programa.

4.2. A nivel de resultados intermedios y finales.

La eficiencia del Programa a nivel de resultados puede ser analizada en base al número de personas mayores que mantienen o mejoran su funcionalidad una vez finalizado el taller, correspondiente a uno de los indicadores de eficiencia/resultados utilizados en la matriz de marco lógico.

Cuadro 35: Gasto por beneficiario que mejora o mantiene su funcionalidad 2016-2019 (Miles de \$ 2020)

Variable	2016	2017	2018	2019	Variación 2016-2019
Total egresados (beneficiarios) que mantienen o mejoran su funcionalidad	81.985	101.996	107.581	101.673	24,0%
Total gasto producción Componente 1	\$ 8.765.122	\$ 10.280.515	\$ 11.507.769	\$ 11.669.196	33,1%
Gasto por beneficiario que mejora o mantiene su funcionalidad (\$)	\$ 106.911	\$ 100.793	\$ 106.968	\$ 114.772	7,4%

Fuente: Elaboración propia

Tal como se muestra en el cuadro anterior, el gasto promedio por beneficiario egresado del Programa con mantención o mejora de su condición funcional oscila entre \$100.000 y \$115.000 aproximadamente. Éste es un gasto un 40% mayor que el costo por beneficiario egresado en promedio (Ver cuadro 34). Dicho de otro modo, es en promedio 1,4 veces más costoso para el programa asegurar el resultado esperado de éste (mejorar o mantener la funcionalidad del beneficiario) que simplemente asegurar el egreso de un beneficiario. A juicio del Panel, éste es un resultado que requiere ser revisado por parte del programa, ya que deja entrever una pérdida de eficiencia en el uso de sus recursos.

4.3. Gastos de Administración

Como se ha planteado en secciones anteriores, el Programa no cuenta con un registro de sus gastos de administración. Por esto, el Panel estimó dichos gastos considerando que corresponden a gastos administrativos: i) El 100% de los aportes que realiza la institución responsable (estimados por el Panel en el Cuadro 25), y ii) El 10% del gasto asociado a la contratación de duplas profesionales bajo el Subtítulo 24 (asociado a los establecimientos de dependencia Municipal)⁸⁷ y iii) El 10% del gasto asociado a la

⁸⁷ Se considera que el 92% del ítem Transferencias corresponde a la contratación de recursos humanos.

contratación de duplas profesionales bajo el Subtítulo 21 (asociado a los establecimientos de dependencia SS). Los resultados de estas estimaciones se muestran a continuación.

Cuadro 36: Gastos de administración de programa 2016-2019 (Miles de \$ 2020)

Variable	2016	2017	2018	2019
Gasto Administración (A)	\$953.363	\$1.108.318	\$1.234.307	\$1.249.374
Gasto Total del programa (B)	\$9.718.485	\$11.388.833	\$12.742.076	\$12.918.570
% (A/B)	9,8%	9,7%	9,7%	9,7%

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a estimaciones del Panel, el MASAMAV tiene gastos de administración anuales por al menos M \$1.136.341 en promedio, lo que representa un 9,7% de su gasto total. Éste es un monto relevante (muy distinto al gasto administrativo \$0 declarado por el Programa) y que representa una cota mínima respecto al verdadero costo de administración del programa, puesto que se han empleado supuestos conservadores para su estimación. Por esto, se insiste en la importancia que el Programa avance en el registro sistemático y adecuado de sus gastos de administración.

Respecto a la pertinencia de los montos estimados, el Panel analizó la evaluación de otros programas gubernamentales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y constató que el MASAMAV no es el primer programa de la Subsecretaría de Redes Asistenciales que, al ser sometido a evaluación, debe acudir a técnicas de estimación teóricas – como las descritas en este informe – para aproximarse al gasto administrativo del programa.

Por ejemplo, el programa de Atención domiciliaria a personas con dependencia severa (evaluado en el 2017), estimó gastos administrativos por un 17,8% del gasto en el período 2013-2016. El programa Fondo Vida Sana (evaluado en el 2016) estimó gastos administrativos por 6,5% del gasto total. En éstos y otros programas revisados, se imputaron como gastos de administración, con distintos niveles de precisión: el apoyo prestado a nivel central, por referentes SS de los programas y, en algunos casos, por referentes municipales. Esto, además de entregar mayor confiabilidad a la metodología utilizada en este informe, permite situar las estimaciones hechas para el MASAMAV dentro de un rango esperado, según lo observado en otros programas de la Subsecretaría.

Es importante notar que lo anterior, si bien permite poner en contexto la falta de información por parte del MASAMAV, revela una limitación importante respecto a los registros de costo que se mantienen en la Subsecretaría y la falta de claridad respecto a los costos efectivos de sus programas.

5. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

Concordancia diseño y estrategia definida, fortalezas y/o aspectos que presentan dificultades para operar.

En general, el Programa opera en concordancia a la estrategia definida y el diseño de las intervenciones, lo cual es refrendado en los buenos resultados obtenidos. Se evalúa positivamente la estrategia que tiene su foco en la prevención de la enfermedad o daño (dependencia) y en la promoción de la salud (mantener sana a la población sana, calidad

de vida). Además, existe la percepción de que el Programa es un factor movilizador/facilitador/integrador, a nivel territorial, para la Política de Protección Social de las personas mayores, dado su enfoque comunitario y la construcción de redes de apoyo social funcionantes.

Se hará un análisis separado por componentes, de manera de visualizar de mejor manera las diferencias entre ellos.

Componente 1: Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional.

La “Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional” señala un servicio a entregar claramente establecido, esto es, un taller de 24 sesiones de una duración máxima de una hora por sesión, durante dos veces a la semana, dirigida por una dupla de profesionales que participan conjuntamente. Además, su vinculación de causalidad con el cumplimiento del propósito es clara, al medir con una pauta de evaluación, la funcionalidad de los participantes al inicio del taller y su término, para observar sus resultados en los beneficiarios y que constituyen el indicador de medición del propósito.

Cabe señalar que el problema a cuya solución contribuye el programa (dependencia en adultos mayores) afecta diferenciadamente a hombres y mujeres. En efecto, de acuerdo a actividades básicas. Solo en tres actividades esencialmente atribuidas al género femenino - hacer las compras, cocinar y la realizar tareas domésticas - la dependencia de los hombres es mayor que la de las mujeres⁸⁸. La Encuesta de Protección Social del año 2004 realizada por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, demostró que las mujeres mayores de 60 años tienen tasa de dependencia (27%) mayor a la de los hombres (17%), siendo la tasa global de dependencia de 21,4 %⁸⁹. El programa no tiene incorporado un enfoque de género para hacerse cargo de estas diferencias entre hombres y mujeres.

Las principales fortalezas identificadas en el componente 1 son:

- Estar basado en evidencia científica.
- Ser una intervención que aborda conjuntamente la prevención de la enfermedad o daño (dependencia) y en la promoción de la salud (mantener sana a la población sana, calidad de vida).
- Ejecución de talleres grupalmente/colectivamente, liderada por la dupla de profesionales, junto con la participación de otros actores del intersector.
- Es el punto de partida para la realización del componente 2.

Una debilidad de este componente es que solo un tercio de las actividades son de carácter promocional (12 sesiones de 48)⁹⁰. El panel evaluador sostiene que se deben realizar esfuerzos para que la promoción de salud sea aún más potenciada ya que

⁸⁸ José Jesús Gázquez-Linares*, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, Isabel Mercader-Rubio y M^a del Mar Molero-Jurado. **Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores**. Anales de psicología 2011, vol. 27, n^o 3 (octubre), 871-876

⁸⁹ Superintendencia de Salud. **Dependencia de los adultos mayores en Chile**. 2008 marzo. Para un mayor detalle de estos aspectos ver anexo 4.

⁹⁰ Ver un detalle de la distribución de contenidos en el punto descripción de este informe.

permite abordar de mejor manera los elementos que llevan a un envejecimiento activo y saludable (trabajo, ocio, sexualidad, etc.)

Por otra parte, y tal como se señaló en el acápite de cobertura, los participantes de un taller podrían eventualmente participar en el año siguiente, puesto que en los registros no aparecen los RUT de las personas que participaron. De acuerdo al diseño, no está establecido que las personas vuelvan a repetir el mismo taller y, si esto ocurre, tiene el problema que no se amplía el ingreso de nuevos beneficiarios, lo que impide mejorar la cobertura del programa. Todas las entrevistas efectuadas apuntan a que estas repeticiones se dan de manera excepcional.

Componente 2: “Red local para el envejecimiento activo y positivo funcionante u operativa”.

Esto se realiza generando varios productos:

- Capacitación de líderes de organizaciones de personas mayores o de otras agrupaciones que pueden apoyarlos en temas como: liderazgo, funcionalidad, envejecimiento activo, seguridad social, trabajo, ocio, sexualidad, etc.
- Acompañamiento de las organizaciones en la gestión de apoyos a las personas mayores.
- Elaboración de catastros de los Servicios Locales (SL) con programas para los beneficiarios;
- Elaboración de planes intersectoriales para un trabajo integrado de la oferta de los SL.

Las limitaciones que tiene este componente es que las actividades/productos son poco claros o están equívocamente presentados, ya que no están precisados los medios, ni los recursos a través de los cuales se generan estos productos y el rol que le cabe a la dupla profesional del programa.

Así, por ejemplo, la duración y modalidad de la capacitación no está establecida, las características de las herramientas que se utilizan para levantar la oferta de los SL y los Planes estratégicos (reuniones, talleres u otra modalidad) y cómo se logran los compromisos de las entidades involucradas no están establecidas ni estandarizadas⁹¹. Por último, teóricamente la dupla debería hacerse cargo de todos estos productos, pero sus posibilidades reales de realizarlas todas no parece factible

Las orientaciones técnicas y el manual técnico, respecto del componente 2, contienen funciones que no se acompañan de explicitaciones que permitan entender sus alcances y formas de ejecutar las actividades involucradas. A continuación, se señalan algunos ejemplos:

- “Procurar que la red permita la participación de las personas mayores”.
- “Estrategias para dar continuidad en el hogar, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con el reforzamiento de los contenidos tratados en los tres talleres”.
- “Seguimiento en comunidad y/o domicilio una vez egresado del componente 1”.

⁹¹ Ver un detalle de este análisis en el anexo 2c.

- “Formulación del “Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo” con validación de “las propuestas presentadas y en acuerdo en los contenidos y líneas de trabajo””.
- “Formulación de “Planes Intersectoriales anualmente entre Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo””.

Lo anterior puede estar afectando la implementación del programa en el sentido que los equipos realicen actividades con gran diversidad de enfoques y, por ende, de resultados. Al no existir sistematizaciones de los informes que el nivel local envía a los Servicios de Salud, ni de los que envía dicho nivel al Ministerio, el panel evaluador no accedió a evidencias de esta posible afectación en la implementación.

El manual existente no se actualiza desde 2015 y está orientado solo a la implementación del componente 1. De hecho, el Programa señala que “las actividades educativas y de estimulación funcional desarrolladas por el programa deberán basarse en el Enfoque de Educación Popular, metodologías participativas y la metodología del Aprender Haciendo, procurando un aprendizaje desde la propia experiencia y experimentación de las personas mayores”, sin embargo, no existe un manual que oriente la aplicación de estas metodologías en el ambiente comunitario del componente 2.

Organización y gestión

El Programa cuenta con adecuada documentación que describe claramente las etapas, actividades, productos e indicadores: Orientaciones Técnicas (OOTT), Manual para el desarrollo técnico de las actividades, Resoluciones que aprueban anualmente la ejecución del Programa. No obstante, dado que tanto las OOTT como el manual son de 2015, las funciones de los diferentes niveles (Servicios de Salud, Municipios y duplas) solo se actualizan a través de las resoluciones anuales⁹².

Tanto en la ejecución del componente 1 (talleres de autocuidado) como en el componente 2 (capacitación de líderes comunitarios) el Programa cuenta con la participación de otros profesionales del equipo de salud (matrón/a, odontólogo/a, enfermera/o, nutricionista, etc.) y de otras personas del intersector o servicios locales, que enriquecen el desarrollo del Programa. Las colaboraciones de otros profesionales (del centro de salud, de servicios de salud, de otras instituciones, de Servicios Locales) no son registradas de manera sistemática ni tampoco económicamente valorizadas como un aporte externo al Programa.⁹³

El contrato de la dupla profesional debe ser para todo el año, sin embargo, dado que existe ambigüedad en las resoluciones de apertura del Programa, en donde se señala que “el convenio tiene vigencia desde que es firmado por ambas partes” (habitualmente marzo) y también que las actividades deben desarrollarse de manera “ininterrumpida de enero a diciembre”, se han dado casos en que las duplas no tienen continuidad en enero y/o febrero. El Programa no entrega recursos para el reemplazo en las vacaciones de los profesionales. Se produce una contradicción con las OOTT, que señalan que las

⁹² El equipo MINSAL informa que se encuentra en elaboración la nueva versión de las OOTT.

⁹³ Las colaboraciones de otros miembros del equipo del centro de salud podrían ser entendidas como que forman parte de las prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar, sin embargo, esto no corresponde para un programa de este tipo, de Reforzamiento de APS.

sesiones/talleres mixtos deben ser realizados en conjunto por ambos profesionales, generándose la situación de disminución de la producción en vacaciones o una producción dada por un solo profesional. Además, el Programa declara que el taller debe ser *“desarrollado por ambos profesionales, quienes actuarán de facilitador principal y colaborador según la actividad desarrollada, debiendo permanecer presentes y participando durante todo el desarrollo de la sesión mixta y estar atentos ante las dificultades de las personas mayores que participan, relacionadas con la comprensión, ejecución o con descompensaciones físicas, cognitivas o emocionales”*⁹⁴. Sin embargo, esta indicación, que apunta a la inter o transdisciplinariedad, no se ejecuta en el período de vacaciones de los profesionales contratados, en que, para no dejar de hacer los talleres, se siguen realizando, pero por un solo profesional.

Dada la gran cantidad de funciones que deben ser desarrolladas por el nivel central, se aprecia como insuficiente la dotación de personal para estas coordinaciones, ya que se cuenta con un solo profesional para realizar la gestión global nacional del Programa (referente), el cual, además, no es reemplazado en caso de permisos y vacaciones.

Cabe señalar que no se cuenta con un formato estandarizado para la redacción de los convenios entre los SS y los municipios u otras entidades ejecutoras, lo que afecta la implementación del programa, porque se termina ejecutando de manera diferente a lo largo del país.

La coordinación es una función central del Programa y ha permitido el adecuado desarrollo y resultados del Programa. Aunque, al rastrear programas que atienden a personas mayores, no se detectó ninguna coordinación formalmente establecida. Por esto, queda mucho espacio para mejorar en esta función, y así alcanzar el mayor impacto potencial del programa, sobre todo el asociado al componente 2.

Se observa, además, pocos mecanismos de coordinación formales entre el Programa y los equipos involucrados en la ejecución de los diversos programas de salud que trabajan mayoritaria o prioritariamente con personas mayores al interior de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y con la Subsecretaría de Salud Pública. De acuerdo a las entrevistas realizadas, aquí también se da una tendencia al trabajo parcelado que se ve reforzado por la falta de instancias formales de coordinación permanente (reuniones inter programas, inter departamentos, inter divisiones programadas mensuales/trimestrales/semestrales) que permitan dar mayor integralidad al diseño de las acciones y permitir llegar de mejor manera a los niveles locales. El área de personas mayores en la División de Atención Primaria (DIVAP) debe asumir el liderazgo en esta función.

Existe un sistema de seguimiento y evaluación que permite generar conclusiones acerca de la eficacia y eficiencia del Programa, pero los beneficiarios no están rutificados, su disponibilidad no es adecuada ya que no es fácil obtener los datos, ni es suficiente para la medición de algunos indicadores considerados en la MML. Por otra parte, el panel no tuvo acceso a las bases de datos desagregadas de acuerdo a: comunas beneficiarias; tramos de edad y sexo⁹⁵.

⁹⁴ RE 26 14.01 enero 2020

⁹⁵ Más detalles de los indicadores ver anexo 2c

Existe una importante limitación en el seguimiento y evaluación de la cobertura acumulada del programa, porque los participantes de un taller del componente 1 podría eventualmente volver a participar en el año siguiente. Esto se produce porque en los registros no aparecen los RUT de las personas, por lo tanto, no se controla esta situación.

El Programa cuenta con indicadores y con metas asociadas a algunos de ellos, no obstante, no se cuenta con información respecto de los criterios utilizados para la definición de metas a nivel nacional y local. En algunos indicadores no se definen metas, sino más bien requisitos mínimos de cumplimiento para generar transferencias o reasignaciones de presupuesto. Dada la trayectoria de los resultados del Programa, las metas para 2019 (que se repiten para 2020 según la Resolución de este año) se repiten en sus guarismos, por ende, son poco ambiciosas.

Por otra parte, en el componente 2, los registros a nivel de productos que revelen el uso de los servicios entregados por el Programa, como capacitación efectiva de líderes comunitarios (faltan estadísticas de organizaciones sociales, servicios locales, líderes capacitados, planes intersectoriales, mapas o guías)⁹⁶.

Existen plazos para el envío de la información/evaluaciones desde el nivel local al SS, desde los Servicios al nivel central, sin embargo, no están explicitados los plazos para que los niveles superiores hagan el feedback de los informes correspondientes a los niveles regionales y/o locales para hacer las correcciones que se requieran.

Se realizan evaluaciones participativas al finalizar la ejecución de cada ciclo del componente 1, siendo su limitación la de no tener una metodología estandarizada para su levantamiento y no se realiza una sistematización posterior de ellas, que permita aportar a un seguimiento del Programa a través de comparaciones y visualización de trayectorias.

⁹⁶ Los referentes del programa señalan que esta información está disponible a nivel de SS, quienes, según Programa, verifican su desarrollo, cumplimiento y realizan el acompañamiento técnico. El problema es que esta información no está disponible para ser solicitada y analizada a nivel central,

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL

El programa forma parte de la Política de Protección Social de las personas mayores para lograr el envejecimiento saludable, entendido éste como el fomento y mantención de la capacidad funcional que permita el bienestar en la vejez. Esto es central, porque si las personas se mantienen funcionales y autovalentes el mayor tiempo posible, además de tener mejor calidad de vida, aportan a la sociedad y no se convierten en una carga familiar, social y económica. Debe considerarse la relevancia en términos demográficos que tienen en Chile las personas de 60 años y más, el cual será el grupo etario predominante en los próximos decenios.

Su desempeño entre 2016 y 2019 ha tenido resultados positivos, ya que ha logrado en los últimos 3 años, que más del 75% de las personas mayores intervenidas mantengan y/o mejoren su funcionalidad. Esto, en la literatura internacional, es indicativo de una intervención de éxito para el tipo de población atendida. Así y todo, la expectativa es que, el programa se siga fortaleciendo, aumentando el porcentaje de beneficiarios que mantienen o mejoran su funcionalidad después de su participación en el programa, lo que mejoraría los resultados de eficacia y, sobre todo, de eficiencia en el uso de los recursos (actualmente, es 1,4 veces más costoso lograr el resultado esperado que simplemente asegurar el egreso de un beneficiario).

Por otro lado, el programa tiene buenos indicadores de participación de sus beneficiarios, en el sentido, de que alrededor del 90% de los que ingresan a la intervención del componente 1 la finalizan.

Por último, una importante carencia detectada en el Componente 2 (Red local para el envejecimiento activo y positivo funcionante u operativa) es la poca claridad respecto de los productos y servicios que entrega y en establecer los costos asociados a su producción. En todo caso, debería ser un componente muy relevante para mantener y mejorar la funcionalidad de las personas mayores a través de su integración social.

Diseño

1.- El diseño del programa a nivel de resultado (Propósito) está dirigido a que las personas intervenidas mantengan o mejoren su funcionalidad cognitiva y motora. Para esto, el componente 1 de Intervención Sociosanitaria Promocional y Preventiva se traduce en la realización de 24 talleres, durante tres meses, en que se aborda la salud y autocuidado, estimulación de funciones motoras y prevención de caídas y, estimulación de funciones cognitivas. Es una intervención respaldada por sólida evidencia de que se obtienen resultados en relativo corto tiempo. El componente 2, Red local para el envejecimiento activo y positivo funcionante apunta a que los beneficiarios, en y con la comunidad, mantengan su funcionalidad con un énfasis promocional y colectivo. Por ende, su potencial de impacto sobre la calidad de vida de los adultos mayores es muy grande debido a su vocación comunitaria, de fortalecimiento y generación de redes de apoyo social. Sin embargo, la mayor limitación de este segundo componente es que no tiene claramente identificados los bienes y servicios que entrega, ni cómo medir claramente su aporte al propósito del Programa.

2.- El Programa no incorpora enfoque de género, debiendo hacerlo, dadas las diferencias entre hombres y mujeres en el riesgo de perder la funcionalidad o hacerse dependientes⁹⁷.

3.- Existe la percepción en el Panel Evaluador de que el Programa es un factor movilizador / facilitador / integrador, a nivel territorial, para la Política de Protección Social del Adulto Mayor, dado su enfoque comunitario y de construcción de redes de apoyo social operativas.

4.- Se detectaron problemas de equidad en el desarrollo del Programa, ya que hay una gran brecha entre la población que requiere la intervención promocional preventiva y la que finalmente la obtiene, siendo los factores de inequidad más relevantes: habitar en una comuna no seleccionada y/o un territorio en que el Centro de Salud no fue elegido; no pertenecer a ninguna organización catastrada, ni usar otros servicios del centro de salud.

5.- La intervención es clara en lo preventivo, al enfocarse en evitar el deterioro funcional, cognitivo y motor. No obstante, aborda poco lo promocional (mantener sanos a los sanos) en cuanto al envejecimiento activo saludable, en áreas como la sexualidad, el trabajo, el ocio, etc. De hecho, de las 48 sesiones desarrollados para la realización del taller del componente 1, solo 12 abordan aspectos promocionales.

6.- Existen criterios de priorización para definir cuáles serán las comunas incorporadas año a año en el Programa, sin embargo, no se conocen los fundamentos mediante los cuales se llegó a definir los criterios y la cuantificación de las poblaciones de corte. Tampoco se conocen los criterios para definir el número de personas mayores ingresadas por cada dupla.

Implementación del programa

1.- Respecto al componente 1 su operación está en concordancia con la estrategia definida y el diseño de las intervenciones, lo cual es refrendado en los resultados obtenidos. Sin embargo, para el componente 2 se encuentran una serie de dificultades de implementación básicamente atribuibles a dos elementos: falta de claridad en el diseño (Orientaciones Técnicas); y que no tiene asignado un presupuesto para su ejecución.

2.- La ejecución del Componente 2 de redes funcionantes, depende exclusivamente de la capacidad de duplas profesionales de realizar actividades, junto con las del Componente 1, en una única jornada laboral, lo que, según las entrevistas realizadas, parece insuficiente, por la necesidad de coordinación con muchos actores.

3.- La organización y gestión del Programa aparece en general como adecuada para el cumplimiento del propósito de éste, ya que se desarrollan actividades de ambos componentes de acuerdo a orientaciones técnicas, flujogramas, compromisos y cumplimiento de resultados mínimos y/o metas, se aplican manuales en la realización de actividades, etc. Lo que sí aparece es la débil coordinación formal a nivel del MINSAL

⁹⁷ Solo tres actividades atribuidas al género femenino - compras, cocinar y tareas domésticas - la dependencia de los hombres es mayor que la de las mujeres. La Encuesta de Protección Social, demostró que las mujeres mayores de 60 años tienen tasa de dependencia (27%) mayor a la de los hombres (17%), siendo la tasa global de dependencia de 21,4 %.

entre el programa y los equipos involucrados en la ejecución de los diversos programas de salud⁹⁸ que trabajan mayoritaria o prioritariamente con adultos mayores. Lo anterior se ve agravado porque solo se cuenta con un profesional sin dedicación exclusiva para realizar la gestión global nacional del Programa. Por otra parte, a nivel local en lo que refiere al componente 2, se observa como insuficiente la formalización de acuerdos con otros servicios locales para alcanzar el mayor impacto potencial del programa.

4.- Existe un sistema de seguimiento y evaluación que permite generar información acerca de la eficacia y eficiencia del Programa: cuenta con indicadores y con metas asociadas a algunos de ellos; existen plazos para el envío de la información/evaluaciones desde el nivel local al SS, y desde estos Servicios al nivel central; y se realizan evaluaciones participativas al finalizar la ejecución de cada ciclo del componente 1. No obstante lo anterior, existe una serie de deficiencias en los procesos de evaluación que no permiten realizar análisis más certeros y profundos acerca del Programa. Por otra parte, no estuvieron disponibles para el panel las bases de datos desagregadas por comunas beneficiarias; tramos de edad; sexo; tipo de egreso (mantiene/empeora/mejora funcionalidad. De esta última no se cuenta con esta información desagregada). Las evaluaciones que se realizan a nivel local y que se envían en informes a nivel central, no son sistematizadas.

5.- No se mide la satisfacción de usuarios y cuando se realiza obedece a iniciativas de los ejecutores (municipios o el propio servicio de salud cuando lo realiza directamente) y que se informan en los reportes semestrales o anuales que emiten. Por lo tanto, la información no se levanta de manera homogénea y sus resultados no se procesan a nivel central. Con todo, la evidencia de testimonios e informes locales indican que los usuarios se muestran satisfechos del apoyo recibido.

Eficacia y Calidad

1.- Los mayores logros del programa en el período 2017 a 2019 son que más del 75% de las personas mayores que terminan los talleres, mantienen o mejoran su funcionalidad⁹⁹. A esto debe agregarse que, en el mismo período, alrededor de 90% de los que ingresan a la intervención sociosanitaria del componente 1 la finalizan, lo que marca una alta adherencia al programa, la persistencia de las personas para finalizar el proceso, superando incluso las dificultades de traslado que puedan tener.

2.- La Cobertura efectiva anual del Programa es muy baja (entre 7,3 y 6,2% de beneficiados respecto de población objetivo), y está sobrevalorada ya que hay personas que pueden repetir la intervención al año siguiente. Esta situación no es dimensionable ya que las estadísticas no están rutificadas. Asimismo, no está disponible la información por comuna beneficiada, sexo y edad de la población beneficiaria, lo que impide hacer análisis más finos de coberturas efectivas.

3.- Por su parte, el aporte del componente 2, va en la línea del apoyo a la formación de líderes de las organizaciones sociales de base comunitaria donde, en datos del 2019, un

⁹⁸ Para mayor detalle ver anexo 3

⁹⁹ Fue muy superior a la meta del programa anual para el período que fue fijada en un 60%. Esta no se logró para el 2016 que alcanzó a un 58%. Puede hipotetizarse que este cambio, se debió a un proceso de aprendizaje del programa.

65% de todas las organizaciones ingresadas al programa en ese año tienen líderes capacitados por este. Lo que se desconoce es si este porcentaje es relevante porque se está llegando a una parte importante del universo de organizaciones sociales o, por el contrario, la integración de organizaciones al programa es todavía muy menor. Además, entrega diversos servicios cuya información no está sistematizada – dificultada por la falta de definición de sus productos - como talleres con variadas temáticas y duración, realiza diagnósticos participativos locales con usuarios y entidades, elabora información sobre planes y ofertas programáticas de los Servicios Locales, interviene en la formulación de planes intersectoriales e intenta hacer seguimiento de los líderes formados, entre sus intervenciones declaradas más relevantes.

6.- El Programa es planificado según la disponibilidad financiera/presupuestaria por lo que no se plantea metas de cobertura, sino de producción de acuerdo a los recursos existentes.

Economía y eficiencia

1.- El MASAMAV tiene un presupuesto anual promedio de \$ 11.668.069 (en miles de \$2020). De acuerdo a los registros formales del programa, sus recursos corresponden en un 100% a la asignación específica de éste. Sin embargo, se reconoce que este presupuesto no refleja al verdadero costo del programa ya que existen una serie de recursos no valorizados que son esenciales para su implementación: principalmente, aporte de recursos humanos de la institución responsable (a nivel central y servicios de salud) y municipalidades. El Panel estima el aporte de la Institución responsable y lo incluye en el presupuesto declarado por el programa.

2.- El programa no mantiene registros formales y sistemáticos de presupuesto y gasto que permitan conocer en mayor detalle su estructura específica, incluyendo gastos por componente, por naturaleza del gasto (recursos humanos u otros gastos), entre otros. Se constata que el componente 2 no tiene asignado un presupuesto específico, lo cual dificulta el seguimiento de las acciones que bajo este componente se realizan. El programa solo sistematiza gastos descomponiendo por subtítulo y servicios de salud, en línea con la distribución de recursos que se formaliza por Resolución Exenta.

3.- El programa no identifica, al menos formalmente, gastos de administración. Esto es cuestionado por el Panel debido a que todos los programas públicos requieren, en una medida u otra, contar con actividades de gestión financiadas para la entrega de servicios a sus beneficiarios. Es especialmente preocupante que esta falta de definición no sea percibida por el programa como un problema, y que cuestione el valor de contar con esta información.

4.- El programa tiene una ejecución del 100% de los recursos asignados en el período 2016-2019, de cargo principalmente al subtítulo 24, Transferencias. Un 89,9% del gasto se encuentra en este ítem, en concordancia con el esquema de financiamiento del programa por medio de transferencias a los establecimientos APS. Hasta cierto punto, en este ítem se concentra una gran “bolsa” de recursos cuyo uso específico es complejo de monitorear a nivel local. Se constata que algunos convenios suscritos entre Servicios de Salud y Municipios ofrecen una asignación de recursos más detallada (según ítems de gasto definidas por el programa), pero esto no ocurre de manera transversal y no se encuentra sistematizado a nivel central.

5.- El gasto promedio por beneficiario ha aumentado en un 41% entre los años 2016 (\$ 61.521) y 2019 (\$86.969), con un promedio por beneficiario de \$77.756. Al comparar este indicador entre los años 2017 y 2019, el alza observada es solo del 8,1%. El Panel considera que esta variación podría representar de mejor manera el comportamiento global del programa, dado que existen indicios de que el año 2016 el programa tuvo una implementación distinta a los otros años, reflejada, por ejemplo, en el número de beneficiarios. Esto refuerza la importancia de resguardar que el programa acoja una lógica de implementación estándar durante el tiempo, para asegurar que las cifras que se obtienen año a año sean comparables entre sí.

6.- No es posible deducir el costo preciso de producir una unidad de producto por componente, ni de atender a un beneficiario del programa, debido a que éste no mantiene registros de gasto completos ni desagregados por componente. Para referirse a los costos de producción del programa se asumió que el 100% del gasto devengado (efectivo más estimado) corresponde a la producción del Componente 1. De este monto se descontaron los gastos administrativos estimados por el panel. Entonces, se puede deducir que el costo de producir una sesión grupal del programa es de \$33.354 en promedio. Esta cifra, si bien puede ser considerada como baja en relación a los recursos que son dispuestos para su ejecución (como mínimo, participación de dupla profesional por al menos 45 minutos por sesión, o 18 horas por ciclo de intervención, además no está considerado el tiempo de dedicación en su preparación), no ha podido ser contrastada con referentes de programas nacionales o internacionales para concluir respecto a su eficiencia relativa.

7.- El costo de producción del programa varía sustancialmente con el tipo de dependencia del establecimiento que lo ejecuta. Esto se da, principalmente, por diferencias en los criterios de financiamiento de las duplas profesionales del programa entre establecimientos de dependencia municipal, en comparación a establecimientos de dependencia SS. En promedio, los RRHH contratados en los últimos son 1,6 veces más caros que los RRHH contratados en los primeros (Por ejemplo, en el año 2019, el costo de contratar a una dupla profesional para un establecimiento de dependencia municipal era de M \$26.880 aproximadamente, mientras que un establecimiento SS, el costo era de M \$43.240 (valores 2020).

2. RECOMENDACIONES

Diseño

1.- Realizar una definición explícita de los criterios que utiliza el programa para definir cuáles y cuántas comunas serán beneficiadas, tales como: vulnerabilidad socioeconómica, familiar, biológica, ruralidad, etc. Asimismo, definir metas de cobertura a alcanzar por Servicio de Salud y comunas, según criterio experto.

2.- Estudiar la viabilidad y factibilidad de escalamiento del programa en términos de su cobertura, considerando etapas, plazos, presupuestos involucrados, arreglos organizacionales y de recursos humanos y, todas aquellas variables políticas, sociales y económicas relevantes para su implementación. Esto en concordancia con la tendencia de que los programas de salud pública y/o de Atención Primaria adopten una mirada universal, tal como ocurre en la actualidad con el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), vacunación anti influenza, etc.

3.- Realizar un rediseño del Programa con enfoque de equidad y género en salud utilizando la metodología de “Innov8” para el logro progresivo de la cobertura efectiva, la equidad de género y el derecho a la salud ¹⁰⁰.

4.- Estudiar la implementación de un periodo de vigencia del componente 1 (puede ser de 2 a 3 años de acuerdo a criterios técnicos), para aumentar así la cobertura efectiva no permitiendo que una persona repita al año siguiente, e incluir en dicho estudio la posibilidad de implementar talleres de reforzamiento, quizás menores en cantidad de sesiones y de menor duración. Se propone que el estudio sea realizado por expertos/as y con amplia participación de los actores involucrados, para que sea estudiada la inclusión de las variables de rango de edad, sexo, otros determinantes biológicos, determinantes sociales, etc.

5.- Definir los productos del componente 2, de manera que den cuenta de la conformación de redes comunitarias sociales funcionantes, que permitan darle continuidad a lo logrado en las personas mayores que realizaron el componente 1 y potenciar la promoción de salud a nivel comunitario. También identificar el producto que se desea entregar – por ejemplo, red funcionante, seguimiento de beneficiario intervenido – el medio (servicio a otorgar), por ejemplo, un cierto número de reuniones anuales, integración o generación de nuevas organizaciones. Asimismo, incluir algún indicador de resultado vinculado al componente 2, como la tasa de variación de beneficiarios que participan en organizaciones o actividades comunales o medir acuerdos vigentes de trabajo conjunto con Servicios locales.

Implementación del programa

1.- Mejorar sistemas de información para contar con indicadores de desempeño desagregados (comunidades beneficiarias, tramos de edad; sexo; tipo de egreso, etc.); y con registro rutificado de beneficiarios MASAMAV.

2.- Realizar un estudio de las cargas laborales que permita gestionar adecuadamente el programa, especialmente a nivel central, incluyendo estrategias y eventuales apoyos adicionales que permitan realizar un seguimiento de las iniciativas en las regiones (SS). Esto, a su vez, permitirá calcular los recursos involucrados en su ejecución, tanto a nivel central como en los SS.

¹⁰⁰ El enfoque Innov8 está contextualizado dentro del logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), apunta a identificar las desigualdades en salud, corregirlas y rediseñar los programas de salud e intervenciones. La metodología responde a la pregunta práctica de “cómo” pasar del debate que reconoce las inequidades y otras insuficiencias en la observancia de los derechos humanos y la igualdad de género a la realización de verdaderos cambios a los programas para hacer frente a estos retos. Es una metodología participativa, dinámica y flexible, adaptable a los diferentes contextos socio sanitarios. El enfoque Innov8 tiene los siguientes objetivos: • Mejorar la capacidad mediante el aprendizaje aplicado: utilizar el trabajo programático en curso de los profesionales de la salud para fortalecer las capacidades a fin de comprender y aplicar los conceptos clave y principios subyacentes para que nadie se quede atrás. • Identificar los puntos de acceso para la acción: determinar, mediante un análisis guiado a cargo de un equipo nacional de examen constituido por diferentes interesados directos, cuáles son los puntos de acceso en un programa para que nadie se quede atrás. • Cambio sostenido, mejor gobernanza y rendición de cuentas: mejorar los ciclos en curso de planificación, monitoreo, examen y evaluación, así como los mecanismos de rendición de cuentas de los programas mediante la integración de medidas para que nadie se quede atrás.

3.- Reforzar y formalizar todos mecanismos/actividades de coordinación entre el Programa y los equipos involucrados en la ejecución de los diversos programas de salud, tanto a nivel nacional como local, que trabajan mayoritaria o prioritariamente con personas mayores al interior de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y con la Subsecretaría de Salud Pública (reuniones inter programas, inter departamentos, inter divisiones programadas mensuales/ trimestrales/semestrales), que permitan dar mayor integralidad al diseño de las acciones y así llegar de mejor manera a los niveles locales. El área de personas mayores en la División de Atención Primaria (DIVAP) debe asumir el liderazgo en esta función.

4.- Elaborar y aplicar una encuesta de satisfacción de usuario estandarizada para todos los SS y sus resultados levantados en la plataforma del MINSAL, además de sistematizar las evaluaciones participativas que se realizan.

Economía y eficiencia

1.- Implementar un sistema confiable de registro de información financiera que permita conocer la distribución de los gastos del programa de forma desagregada (idealmente a nivel de componentes y por naturaleza específica del gasto) y completa (incluyendo gastos de administración y aportes más sustanciales de la institución responsable). Este sistema debiera ser integrado y único para facilitar la toma de decisiones en base a evidencia.

2.- Los convenios suscritos entre los SS y Municipalidades, así como los establecidos con las propias dependencias SS deben homogenizarse y estar itemizado el gasto (movilización, capacitación, recursos humanos y capacitación). La utilidad de esta información está sujeta a la capacidad de establecer un mecanismo de sistematización estandarizado de dicha información que sea centralizado y de acceso expedito (por ejemplo, instalación de una plataforma de planificación y monitoreo web).

3.- Implementar un sistema de reporte de gasto que permita tener una mejor visibilidad respecto al uso efectivo de los recursos (y no solo lo planificado en los convenios), tanto en establecimientos de dependencia municipal – que actualmente reportan una única “bolsa” de gasto con cargo al Subtítulo 24- como en establecimientos de dependencia SS.

4.- Desarrollar un sistema de valorización de la “canasta” de recursos entregada anualmente a los establecimientos (RRHH, insumos, capacitación y movilización por dupla) de fácil seguimiento y actualización, y que estandarice los criterios empleados en el financiamiento de RRHH en los establecimientos de dependencia municipal y de SS.

5.- Elaborar un instrumento que permita registrar los aportes de terceros, principalmente municipalidades, ya sea en dinero o especies e informada de manera homogénea a nivel central.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Blog Master Salud Pública. **¿Vemos personas? El impacto del género en el liderazgo.** Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: <https://www.easp.es/blogmsp/2018/04/13/liderazgo-el-genero-importa/>

Capablanca Ltda. **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.** 2018 octubre. http://www.dipres.gob.cl/597/articulos-187243_informe_final.pdf

Centro de Estudios Públicos (CEP). **Estudio Nacional de Opinión Pública.** N° 84. 2019. Diciembre.

Cid-Ruzafa, Javier - Damián-Moreno, Javier. **Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel.** Revista Española Salud Pública 1997. 71: 177-137.

Corporación Municipal La Serena. **Más Adultos Mayores Autovalentes. Capacitación de Líderes Comunitarios.** 2019.

Chapman, Sandra B et al . **Shorter term aerobic exercise improves brain, cognition, and cardiovascular fitness in aging** . Frontiers in Aging Neuroscience . Volume5 |Article75 2013 November. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825180/>

DIPRES. **Informe de evaluación del Programa Fondo Nacional del Adulto Mayor,** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2012.

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. Págs. 61 a 70 Editoras. CEPAL-CDMX. 2014.

FONASA. 2015,2016,2017,2018 **Población inscrita validada.**

Gajardo J, Briceño C, Cifuentes D, Fuentes-García A, Moraga C, Moreno X. **Percepción usuaria de beneficios en salud del componente de estimulación funcional del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes del Servicio de Salud Metropolitano Norte.** 2019. Informe técnico de proyecto FONIS SA1610137. 2019

Gázquez - Linares. JJ; Pérez-Fuentes, M^a del Carmen; Mercader-Rubio, Isabel y Molero-Jurado, M^a del Mar **Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores.** Anales de psicología 2011, vol. 27, n° 3 (octubre), 871-876

Gobierno de Chile. **Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década. 2011-2020.** <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Goldstein, E. **El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal. Marco para un debate sobre desmunicipalización.** Biblioteca del Congreso Nacional. Asesoría Parlamentaria 2018. Noviembre

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). **Estimaciones y proyecciones. Chile 1992 – 2050, base 2017 población e indicadores**

INE. 2014. **Población, país y regiones actualización población 2002 y 2012 y proyección 2013 – 2020**

Lindgren, Mina. **1 Tres ancianas y un cocinero muerto, 2 Tres abuelas y un joyero de ida y vuelta, y 3 Tres abuelas y un plan de sabotaje.** Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U. iBooks 2014, 2015 y 2016.

Ministerio de Desarrollo Social (MDS). CASEN 2015. **Adultos Mayores Síntesis de Resultados.** 2017 junio

MDS. **Estudio Nacional de la discapacidad.** 2015

Ministerio de Salud (MINSAL). **Aprueba Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.** Resolución Exenta 1265 31 diciembre 2015; RE 1411 20 diciembre 2016; RE 1449 15 diciembre 2017; RE 1290 28 diciembre 2018; RE 26 14 enero 2020.

MINSAL. **Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010;**

MINSAL. **Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados**

MINSAL. **1. Ficha de antecedentes del programa preparación marco lógico. Más adultos mayor autovalentes. 2019**

MINSAL. **Financiamiento de la atención primaria de salud municipal. Evaluación de indexadores del per cápita basal.** Subsecretaría de redes asistenciales, División de atención primaria.

MINSAL. **Orientaciones para la planificación y programación en red.** 2019

MINSAL. **Orientación técnica programa más adultos mayores autovalentes.** 2015

MINSAL. Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. **Manual para el trabajo de equipos de Atención Primaria.** 2015

Municipalidad CESFAM de Penco. **Informe de avances de implementación del programa: “Más Adultos Mayores Autovalentes”.** 2019 agosto.

Municipalidad Conchali. **Líderes Comunitarios Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.** Sin año (sa).

Municipalidad de San Antonio. **Líderes Comunitarios Programa Más Adultos Mayores Autovalentes** CESFAM Dr. Néstor Fernández Thomas Sin año (sa).

Municipalidad de Vallenar. **Líderes Comunitarios Programa Más Adultos Mayores Autovalentes** (sa).

Nazar Beutelspacher,A - Salvatierra Izaba, B. **Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género.** Pap. Poblac. [Internet]. 2010. 16(64): 67-92. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000200004

Nussbaum, Martha C. **Vejez y control en el rey Lear, y el peligro de la generalización.** En Nussbaum, Martha C – Levmore, Saul. Envejecer con sentido. Paidós. E pub. 2018

Nussbaum, Martha C. **Vejez y capacidades humanas.** En Nussbaum, Martha C – Levmore, Saul (2018).

Organización Mundial de la Salud (OMS). **Envejecimiento activo: un marco político.** Revista-española geriatría gerontología 37(S2):74-105 (2002);

OMS. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las Actividades de la OMS.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44046/9789243597706_spa_Text.pdf?sequence=1

OMS. **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.** 2015;

OMS. **Salud y Género.** <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organización Panamericana de la Salud. **El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás.** Washington, D.C.;; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Pontificia Universidad Católica de Chile – Caja Los Andes. **Chile y sus mayores. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez.** 2017.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). **Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.** <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Ratificacion-Conv-Interamericana-Prot-Derechos-Pers-Mayores.pdf>

SENAMA. **Estudio Nacional de la dependencia en adultos mayores** 2010

Sidorenko, Alexandre. **Tres cursos de acción para el empoderamiento de las personas mayores.** 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. Págs. 119 a 130. 2014

Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. **Estudio identificación de localidades en condiciones de Aislamiento** 2012.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. **Minuta para evaluación exploratorio 2017-2020**. Medida presidencial Más adultos Mayores Autovalentes.

Superintendencia de Salud. **Dependencia de los adultos mayores en Chile**. 2008 marzo

Tanahashi T. **Health service coverage and its evaluation**. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 1978;56(2):295– 303.

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 Medicina. Departamento de Kinesiología. **Revisión Narrativa de Ejercicios de Estimulación Motora de Personas Mayores**. 2019, abril

Villarroel G; Sebastián. **Planificación de recursos humanos de la salud en Chile: breve tránsito histórico de sus políticas públicas**. Medwave 2016 Nov;16(10):e6611

V. ENTREVISTAS Y REUNIONES REALIZADAS

Fecha	Participantes
2019	
19 noviembre	Lizzy Calcagno. Ministerio de Salud (MINSAL) Nanet González. MINSAL Belén Pizarro. Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDS) Jimena Federici. Dirección de Presupuestos (DIPRES) Tania Hernández. DIPRES Pamela Frenk. Evaluadora Patricio Navarro. Evaluador
21 noviembre	Lizzy Calcagno. MINSAL Nanet González. MINSAL Daniel Pizarro. División de Presupuesto. MINSAL Paula Gallegos. División Jurídica. MINSAL Belén Pizarro. MDS Jimena Federici. DIPRES Tania Hernández. DIPRES Patricio Navarro. Evaluador Mario Parada. Evaluador
25 noviembre	Nanet González. MINSAL Mario Parada. Evaluador
28 noviembre	Nanet González. MINSAL Cristian Sáez. Control de Gestión. MINSAL Patricia Medina. División de Presupuesto. MINSAL Carlos Bustos. División Jurídica. MINSAL Ivanna Vidal. Control de Gestión. MINSAL Jimena Federici. DIPRES Tania Hernández. DIPRES Pamela Frenk. Evaluadora Patricio Navarro. Evaluador Mario Parada. Evaluador
2 diciembre	Nanet González. MINSAL Mario Parada. Evaluador
5 diciembre	Patricia Medina. MINSAL Pamela Frenk. Evaluadora
12 diciembre	Nanet González. MINSAL Cristian Sáez. MINSAL Ivanna Vidal. MINSAL Sebastián Cortés. Control de Gestión. Redes Asistenciales. MINSAL Belén Pizarro. MDS Jimena Federici. DIPRES Tania Hernández. DIPRES Pamela Frenk. Evaluadora Patricio Navarro. Evaluador Mario Parada. Evaluador
2020	
15 enero	Nanet González. MINSAL Patricia Medina. MINSAL Pamela Frenk. Evaluadora
29 enero	Ivanna Vidal. MINSAL Cristian Sáez. MINSAL

	Jimena Federici. DIPRES Tania Hernández. DIPRES Pamela Frenk. Evaluadora Patricio Navarro. Evaluador Mario Parada. Evaluador
13 febrero	Marisela Vicencio. MINSAL Patricio Navarro. Evaluador Mario Parada. Evaluador
18 febrero	Daniela Oyarce. CESFAM Valparaíso Jorge Maraboli. CESFAM Valparaíso Mario Parada. Evaluador

VI. ANEXOS DE TRABAJO

Anexo 1: Reporte sobre el estado y calidad de la información disponible para evaluar el programa.

A. Bases de datos con información relevante para la evaluación

Nombre	REGISTRO ESTADÍSTICO MENSUAL (REM)
Descripción	Es un sistema de registro nacional, que consigna las atenciones de los equipos de salud de atención primaria y atención secundaria. Desde este registro se pueden obtener datos de actividades realizadas y de población que recibe las actividades y que se encuentra bajo control en distintos programas. Los datos de los códigos REM son: REM-05, Sección K,L,M
Período de vigencia	Su vigencia es anual. Cada año se actualiza la versión del REM.
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censal. Se registran actividades y población a nivel nacional.
Frecuencia de medición	El registro es mensual. Para efectos del programa se solicitan datos asociados a las fechas de corte (agosto y diciembre)
Campos / Variables	<p>Población: Tramo etario, sexo, categoría funcional. Establecimiento y comuna. Registra la existencia de población en control del programa Más Adultos Mayores Autovalentes por condición de funcionalidad y egresos del programa según valoración funcional. A este respecto, las variables registradas son: Número de personas controladas por el programa por categoría funcional (autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo, con riesgo de dependencia).</p> <p>Actividades: N° de talleres, N° de participantes, Organizaciones sociales ingresadas cada año al programa según tipo, Organizaciones sociales que cuentan con líderes comunitarios según tipo, Servicios Locales de la comuna según tipo, Servicios Locales que cuentan con Planes Intersectoriales según tipo. Establecimiento y comuna</p>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<p>Los datos aportados por el REM son adecuados y completos para describir la población beneficiaria del programa para el período 2016-2019 (en las distintas categorías mencionadas) y calcular un set de indicadores de la MML.</p> <p>A nivel de propósito, es posible utilizar estos datos para evaluar cómo varía, en promedio, la condición de funcionalidad de los beneficiarios del programa a través del tiempo (Adultos que mantienen, mejoran o disminuyen su funcionalidad). Esto se construye en base a datos de egreso.</p>

	También esta información permite construir indicadores a nivel de componente: En el componente 1, los datos de población en control permiten calcular la variación en el ingreso a MAS en el período de evaluación, mientras que los datos a nivel de actividades permiten estimar construir medidas de adherencia como promedio de participantes por taller entregado. En el componente 2, los registros permiten medir el otorgamiento de algunos servicios entregados por el programa, como organizaciones que cuentan con líderes capacitados.
--	--

Nombre	REPORTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Descripción	<i>Corresponde a un informe cualitativo sobre el grado de desarrollo de los productos del Programa.</i>
Período de vigencia	Anual.
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Servicio de Salud con las comunas y establecimientos de su jurisdicción.
Frecuencia de medición	Corte Agosto y Corte Diciembre de cada año
Campos / Variables	A) Servicio de Salud, B) Comuna, C) Dependencia, 1. Ingresos, participación y egreso de personas mayores; 2. Mantención y Mejora de la conducción funcional de las personas mayores egresadas; 3. Desarrollo del Componente en sesiones 4. Aplicación de Evaluación Participativa; 5. Desarrollo y utilización de procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas ¹⁰¹ , Adversos y descompensaciones (Protocolo); 6. Desarrollo y utilización de Flujogramas de Derivación y contrarreferencia; 7. Participación del equipo de salud en el desarrollo de los Talleres.
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	Los antecedentes aportados por los reportes de SS son útiles para efectos de llevar un sistema de seguimiento respecto a los procesos/ implementación por parte del programa, pero no entrega información relevante sobre resultados o cobertura de éste. Adicionalmente, los reportes se construyen en base a juicios evaluativos subjetivos de los mismos agentes que comprometen la entrega de productos, lo que es una limitación como aporte al análisis.

¹⁰¹ Evento centinela. Suceso inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra.

B. Fuentes de información cualitativa y cuantitativa que fueron útiles para identificar la situación problema que dio origen al programa y que permiten proyectar la situación sin programa

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<p>BID. Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. 2019 octubre</p>	<p>Se aborda la dependencia funcional de las personas mayores en América Latina y el Caribe. En los próximos 30 años, la demanda de servicios de atención a la dependencia superará al triple de la actual, debido principalmente al envejecimiento poblacional y a la transición epidemiológica. De esta publicación interesa la pregunta que aborda el costo de un sistema de atención a la dependencia, por lo tanto, involucra el tema de la situación de las personas mayores en Chile sin proyecto de prevención de la dependencia.</p>
<p>Condeza, A.R., Bastías, G., Valdivia, G., Cheix, C., Barrios, X., Rojas, R., Gálvez, M. y Fernández, F. (2016). Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva. <i>Cuadernos.info</i>, 2016 (38), 85-104. doi: 10.7764/cdi.38.964</p>	<p>Se expone las necesidades en comunicación en salud de 181 chilenos autónomos, mayores de 60 años, para diseñar el prototipo de un sistema de comunicación en salud preventiva para estas audiencias y sus redes de apoyo. Se aplicó un cuestionario sobre variables personales, de sociabilidad, uso de medios y tecnologías, bienestar subjetivo y autopercepción de salud. Esto para definir los objetivos de comunicación, el medio (un sitio web multiplataforma), la línea editorial y los contenidos en diferentes formatos, desde la perspectiva del envejecimiento activo.</p>
<p>Convención Interamericana Sobre La Protección de Los Derechos Humanos de Las Personas Mayores.</p>	<p>El año 2017 el Senado chileno aprueba el proyecto para ratificar la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Esto permite que el Estado de Chile cuente con un instrumento vinculante que pueda mejorar las políticas orientadas a las personas mayores, en un marco de igualdad, dignidad, participación social y protección de sus derechos. Entre los derechos que se promueven están los relacionados a: Cultura, Vivienda, Medio Ambiente, Salud Vida y dignidad en la vejez, Igualdad y no discriminación por</p>

	edad, Participación e integración comunitaria, Seguridad y una vida sin violencia.
Gajardo J, Briceño C, Cifuentes D, Fuentes-García A, Moraga C, Moreno X. Informe técnico de proyecto FONIS SA16I0137 Percepción usuaria de beneficios en salud del componente de estimulación funcional del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes del Servicio de Salud Metropolitano Norte. 2019.	Se hace una evaluación de estas intervenciones multicomponente. Los hallazgos de esta investigación informan que el diseño de intervención del Componente de Estimulación Funcional del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes tiene beneficios percibidos por su población usuaria que son más consistentes con dimensiones sociales y afectivas del bienestar y calidad de vida, por sobre las capacidades físicas y cognitivas que la intervención enfatiza en su actual orientación técnica.
Ministerio de Desarrollo social y Familia. CASEN 2013 – CASEN 2015. Adultos Mayores. Síntesis de Resultados.	Síntesis de indicadores de la población de adultos mayores, generados en base a información aportada por la Encuesta Casen. Los temas que se analizan son: demografía del envejecimiento, pobreza e ingresos, salud y cuidados, educación y alfabetización, condiciones y entornos favorables al envejecimiento
Ministerio de Salud. Aprueba Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Resolución Exenta 1265 31 diciembre 2015; RE 1411 20 diciembre 2016; RE 1449 15 diciembre 2017; RE 1290 28 diciembre 2018	Se detallan del Programa los Antecedentes, Fundamentación, Objetivos, Descripción, Etapas, Organización y Productos de los Componentes, Monitoreo y Evaluación, Indicadores, metas y medios de verificación. Permite hacer un seguimiento de los ajustes que ha tenido el programa en su diseño.
Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud(DEIS). Registro Estadístico Mensual.	Se consideraron datos de población sin dependencia (85%) susceptible de intervenir con el programa.
Ministerio de Salud. División de Atención Primaria. Subsecretaría De Redes Asistenciales. Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, Manual para el trabajo de equipos de Atención Primaria. 2015	Manual de apoyo a los equipos de salud que tiene como propósito poner a su disposición las herramientas que potencien el trabajo de los equipos en la programación y desarrollo de talleres innovadores y motivadores para los adultos mayores, con recomendaciones asociadas al trabajo comunitario e intersectorial, a la Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas, Estimulación de Funciones Cognitivas, y el fomento del Autocuidado y Estilos de Vida Saludable. Las bases que lo sustentan son el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario y la metodología de Educación Popular.

Ministerio de Salud. FONASA Población Inscrita Validada . 2013	Determina magnitud de la población potencial a intervenir considerando datos entregados por FONASA
Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político . Revista Española de Geriatria y Gerontología 2002;37(S2):74-105	Presenta antecedentes conceptuales sobre envejecimiento y recomendaciones para las intervenciones en salud
Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud . 2015.	Informe se refiere a la respuesta de salud pública más apropiada al envejecimiento de la población. Se hace hincapié en que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad. El enfoque recomendado es el de transformar los sistemas de salud del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores. Con el relato de diversas experiencias se ejemplifican estrategias de servicios integrales y centrados en la persona hasta políticas que permitan a los adultos mayores vivir cómodos y seguros.
Rey Cao A., Canales Lacruz I, Táboas Pais M. Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad «Memoria en movimiento» . Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 46. Núm. 02 (2011).	Presenta los resultados de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud percibida por las personas mayores participantes en el programa de estimulación cognitiva. Se concluye que este tipo de programas mejoran las capacidades psicosociales de los participantes.
Silva Opazo, Juana. Clasificación de los Adultos Mayores de acuerdo a su capacidad funcional . Instituto Nacional de Geriatria. Santiago de Chile, 2013	La instauración de la clasificación de los Adultos Mayores de acuerdo a su capacidad funcional en los diferentes niveles de atención de salud ha permitido detectar a los adultos mayores más vulnerables desde la perspectiva de funcionalidad física, psíquica y social, y además desde la perspectiva clínica; lo que permite focalizar la entrega de atenciones específicas. Este indicador permite clasificar a los adultos mayores como autovalentes o dependientes (funcionalmente frágiles).
Subsecretaría de Previsión Social. Principales resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor, e Impacto del Pilar Solidario . 2018 junio	Se hace un análisis de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor (ENCAVIDAM). Se levantan estadísticas de ingresos y gastos de los adultos mayores. La encuesta está enfocada a la población de 60 años y más, y que cubre dimensiones que permiten evaluar la calidad de vida de esta población desde la perspectiva

	<p>multidimensional. Además, permite comparar la calidad de vida de distintos grupos que componen a la población de 60 años y más, tales como afiliados y no afiliados, cotizantes o no cotizantes, pensionados, con pilar solidario y sin pilar solidario.</p>
<p>Superintendencia de Salud. Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. 2008.</p>	<p>Desarrolla un marco conceptual de la vejez y el envejecimiento para entender el fenómeno de la dependencia de los adultos mayores, como uno de los problemas sociales de Chile que tiene un envejecimiento poblacional acelerado.</p>
<p>Thumala, D., Arnold, M., Massad, C., Herrera, F. Inclusión y Exclusión social de las personas mayores en Chile. SENAMA – FACSO U. de Chile. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor. 2015</p>	<p>Estudio que da a conocer aquellos factores que favorecen o dificultan la integración social de las personas mayores, a través de las opiniones y expectativas respecto a cuatro dimensiones: primaria, secundaria, simbólica y autorreferida. Entre otros aspectos, se verifican una diversidad de barreras para la participación de los mayores en los distintos ámbitos del desarrollo.</p>
<p>Pontificia Universidad Católica de Chile – Caja Los Andes. Chile y sus mayores. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez 2017. Abril</p>	<p>Describe el nivel de calidad de vida de los adultos mayores, además de dar a conocer factores relevantes que se relacionan con el logro de una mejor calidad de vida. Se hace a partir del resultado de 4 encuestas realizadas en el período 2007 – 2016. Se refleja la evolución en aspectos tales como bienestar general, situación de salud, económica, social y familiar.</p>

C. Identificar la necesidad de estudio complementario

Para el cálculo de indicadores de resultado intermedios y de entrega de bienes y servicios, se dispone de información cuantitativa confiable y objetiva, que ha sido validada por el Panel. Estos datos pueden obtenerse de los REM y se mantienen en planillas Excel de acceso público, las cuales contienen una serie de variables suficientes para dichos cálculos. Es por esto que, a juicio del Panel, no se requiere un Estudio Complementario.

Anexo 2(a): Matriz de Evaluación del programa

<p>NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2015 MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD SERVICIO RESPONSABLE: SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES - OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Ministerio de Salud: Objetivos Estratégicos para la década 2010-2020. Objetivo Estratégico N° 2, que propone reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos, con el Objetivo Estratégico N° 3 que apunta a reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables y particularmente con el Objetivo Estratégico N° 4 correspondiente a reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital¹⁰²</p>				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
FIN: Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, ampliando las capacidades individuales y colectivas para enfrentar el envejecimiento, prolongando su autovalencia.	No determinado	No determinada		Las condiciones sociales se mantienen estables para el desarrollo de las personas mayores autovalentes, su ejercicio de roles según necesidades e intereses personales y colectivos.

¹⁰² Gobierno De Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década. 2011-2020

<p>PROPÓSITO: Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más, autovalente y en riesgo de dependencia, beneficiaria de los establecimientos de atención primaria de salud del sector público de salud</p>	<p>Eficacia/resultado intermedio Porcentaje de personas que egresan¹⁰³ de un ciclo del programa con mantención o mejora de su condición funcional según timed up and go respecto del total de personas que egresan del programa</p> <p>Eficacia/Resultado Intermedio Porcentaje de personas mayores que se integran a organizaciones o a actividades de su territorio al término del programa, respecto del total de personas que egresan del programa</p> <p>Eficiencia/resultado intermedio Costo promedio por beneficiario egresado del programa con mantención o mejora de su condición funcional</p> <p>Eficiencia/proceso Porcentaje de gastos de administración respecto del total de gastos del programa</p> <p>Economía/proceso Ejecución Presupuestaria del programa</p> <p>Economía/proceso Porcentaje de aportes de terceros respecto al gasto total del programa</p> <p>Eficacia/Producto Porcentaje de personas beneficiarias respecto de la población potencial.</p>	<p>(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según timed up and go / Nº de total personas que egresan del Programa) x 100</p> <p>(Nº de personas egresadas del programa que se integran a organizaciones o a actividades de su territorio al término del programa / Nº de total personas que egresan del Programa) x 100</p> <p>(Gasto total del programa/ Beneficiario egresado con mantención o mejora de su condición funcional) por año</p> <p>(Gasto de administración año i/total de gastos del programa año i) * 100</p> <p>(Gasto devengado año i/presupuesto inicial aprobado en la Ley de Presupuestos año i)*100</p> <p>(Gasto de aportes de terceros/ Gasto total del programa) *100</p> <p>(Nº de personas beneficiarias egresadas/ (Población adulta mayor chilena de 60 años y más autovalente y en riesgo de dependencia (85% de la población Adulta Mayor de 60 años)) x 100</p>	<p>Registro Estadístico Mensual Evaluación meses de agosto y diciembre de cada año</p> <p>Requiere encuesta de entrada de participación (Propuesta del panel)</p> <p>Antecedentes Anexo 5 Registro Estadístico Anual DEMRE</p>	<p>Existen condiciones vitales estables que permiten el desempeño funcional de las personas mayores.</p>
<hr/>	<p>Eficacia/Producto Porcentaje de personas beneficiarias respecto de la población Objetivo.</p>	<p>(Nº de personas beneficiarias/ Inscrita en centros de Atención Primaria de Salud, que está validada por FONASA lo que</p>		

COMPONENTES: C1: INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL	Eficacia/Proceso Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/Nº de Sesiones realizadas en el mes	Registro Estadístico Mensual Evaluación meses de agosto y diciembre de cada año	Existen condiciones individuales y familiares que permiten el desarrollo (Desempeño y autovalencia) de las personas mayores.
	Eficacia/Producto Porcentaje de beneficiarios que egresan de los talleres respecto de los ingresados ¹⁰⁴	(Nº de beneficiarios que egresan de los talleres / nº de beneficiarios que ingresan a los talleres) x100	Registro Estadístico Mensual Evaluación meses de agosto y diciembre de cada año	
	Eficacia/Proceso Porcentaje de talleres realizados respecto de los planificados	Nº de talleres realizados/Nº de talleres planificados realizar*100	Registro Estadístico Mensual Evaluación meses de agosto y diciembre de cada año (Propuesta del panel)	
	Calidad/Producto Satisfacción de usuario	A determinar (No se tiene definido por el programa un indicador de satisfacción de usuario)		
	Eficiencia/Producto Costo promedio del componente por beneficiario egresado del programa	Σ de gasto del componente/Total de beneficiarios egresados	Anexo 5	
C2: RED LOCAL PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y POSITIVO FUNCIONANTE U OPERATIVA	Eficacia/Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios que participan en organizaciones al término de la intervención	(Nº de beneficiarios que participan en organizaciones al término de la intervención, año/Nº de beneficiarios que participan en el programa), año t x 100	Propuesta Panel	Las condiciones de las organizaciones se mantienen estables para las actividades de los líderes comunitarios.
	Eficacia/Producto Porcentaje de organizaciones con líderes comunitarios capacitados en el marco de acciones de Estimulación Funcional en el período respecto del total de organizaciones ingresadas a acciones en esta línea en el período	(Nº Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados en el marco de acciones de Estimulación Funcional en el período/Organizaciones ingresadas a acciones de Estimulación Funcional del programa en el período) x100	Registro Estadístico Mensual Evaluación meses de agosto y diciembre de cada año	

¹⁰³ Beneficiarios egresados son aquellos que al menos han participado en 15 sesiones mixtas del componente de Estimulación Funcional (hasta el año 2016) y de 18 sesiones desde el año 2017 de un total de 24 sesiones.

¹⁰⁴ Deben considerarse como ingreso a aquellas personas mayores que tengan su Examen de Medicina Preventiva Vigente y Control Cardiovascular al día y hayan firmado el Compromiso Informado.

	Porcentaje de capacitación de líderes comunitarios	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período}}{\text{N}^\circ \text{ Total de líderes comunitarios pertenecientes a Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período}} \times 100$		
	Tasa de variación de líderes capacitados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de líderes capacitados año } t1 - \text{N}^\circ \text{ de líderes capacitados año } t0}{\text{N}^\circ \text{ de líderes capacitados año } t0} \times 100$	Propuesta Panel	
	Eficiencia/producto Costo por organización capacitada.	$\frac{\text{Total gasto en capacitación organizaciones año } i}{\text{N}^\circ \text{ total de organizaciones ingresadas al programa capacitados año } i} \times 100$	Registro Estadístico Mensual Evaluación meses de agosto y diciembre de cada año	
	Eficacia/producto Porcentaje de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo en desarrollo en el período respecto del total de Servicios Locales de Salud con oferta programática para personas mayores	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período}}{\text{Servicios Locales con oferta programática para personas mayores en el período}} \times 100$	Registro Estadístico Mensual Evaluación meses de agosto y diciembre de cada año	Las condiciones de articulación intersectorial y complementariedad de las ofertas sociales y sanitarias se mantienen estables.
	Eficacia/proceso Porcentaje de comunas con guías de uso de redes locales funcionales actualizadas respecto del total de comunas que forman parte del programa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de comunas con guías de uso de redes locales funcionales actualizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de comunas en el programa}} \times 100$	Registro Estadístico Mensual Evaluación meses de agosto y diciembre de cada año	

<p>ACTIVIDADES:</p> <p>Componente 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Divulgación del programa 2.- Planificación y Programación de las sesiones 3.- Ingreso de personas entre 60 y 64 y de 65 años y más que cumplan con los criterios de inclusión 4.- Asistencia y participación de las personas mayores en al menos 18 sesiones mixtas dentro de cada ciclo.(24 sesiones) 5.- Evaluación de egreso de los participantes con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed Up and Go. 6.- Elaboración de registro clínico del egreso e información a los participantes de la oferta local 7.- Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa <p>Componente 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Acciones de difusión y coordinación del Programa 2.- Elaboración y/o actualización de catastro de Organizaciones Sociales Locales 3.- Elaboración de catastro de Servicios locales con oferta programática para personas mayores 4.- Ingreso de las Organizaciones y los Servicios locales al programa 5.- Realización de diagnóstico participativo 6.- Elaboración de Mapa de Red Local o instrumentos (Guía, Manual u otros) 7.- Realización de la Capacitación de Líderes Comunitarios. 8.- Planificación y ejecución de actividades de acompañamiento a los líderes 				
--	--	--	--	--

Anexo 2(b): Medición de indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2016-2019

<p>NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2015 MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD SERVICIO RESPONSABLE: SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Ministerio de Salud: Objetivos Estratégicos para la década 2010-2020. Objetivo Estratégico N° 2, que propone reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos, con el Objetivo Estratégico N° 3 que apunta a reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables y particularmente con el Objetivo Estratégico N° 4 correspondiente a reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital)</p>						
<i>Evolución de Indicadores</i>						
<i>Enunciado del objetivo</i>	<i>Indicadores</i>					
	<i>Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)</i>	<i>Fórmula de cálculo</i>	<i>Cuantificación</i>			
			<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>
Fin	No determinado	No determinado				
Propósito	Eficacia/Resultado Intermedio Porcentaje de personas que egresan de un ciclo del programa con mantención o mejora de su condición según timed up and go respecto del total de personas que egresan del programa	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional / N° de total personas que egresan del Programa) x 100	81.985/142.473 58%	101.996/127.833 80%	107.581/140.1467 7%	101.673/134.176 76%
	Eficiencia/resultado intermedio Costo promedio por beneficiario egresado del programa con mantención o mejora de su condición funcional	Gasto total del programa/ Beneficiario egresado con mantención o mejora de su condición funcional) por año	M\$ 106	M\$100	\$ 106	\$ 114
	Eficiencia/proceso Porcentaje de gastos de administración respecto del total de gastos del programa	(Gasto de administración año i/total de gastos del programa año i) * 100	9,8%	9,7%	9,7%	9,7%
	Economía/proceso Ejecución Presupuestaria del programa	(Gasto devengado año i/presupuesto inicial aprobado en la Ley de Presupuestos año i)*100	99,1% \$ 9.718.485/ \$ 9.802.641	100% \$ 11.388.833 \$ 11.388.833	96,5% \$ 13.204.692	100% \$ 12.918.570/ \$ 12.920.407

	Economía/proceso Porcentaje de aportes de terceros respecto al gasto total del programa	(Gasto de aportes de terceros/ Gasto total del programa) *100	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
	Eficacia/Producto Porcentaje de personas beneficiarias respecto de la población potencial.	(N° de personas beneficiarias egresadas/ (Población adulta mayor chilena de 60 años y más autovalente y en riesgo de dependencia (85% de la población Adulta Mayor de 60 años)) x 100	6,2% 142.473/ 2.285.136	5,9% 127.833/ 2.153.830	5,7% 140.146/ 2.442.545	5,3% 134.176/ 2.534.189
	Eficacia/Producto Porcentaje de personas beneficiarias respecto de la población Objetivo.	(N° de personas beneficiarias/ Inscrita en centros de Atención Primaria de Salud, que está validada por FONASA, lo que corresponde a, un 85% de la población potencial en promedio.) x 100	7,3% 142.473/ 1.942.366	7,0% 127.833/ 1.830.756	6,8% 140.146/ 2076.163	6,2% 134.176 2.154.061
Componente 1	Eficacia/Proceso Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de Sesiones realizadas en el mes	12,8	12,7	13,2	13,7
	Eficacia/Producto Porcentaje de beneficiarios que egresan de los talleres respecto de los ingresados	(N° de beneficiarios que egresan de los talleres / n° de beneficiarios que ingresan a los talleres) x100	64% 142.473/ 221.761	92% 127.833/ 138.948	95% 140.146 / 147.292	94% 143.367/ 134.176
	Eficacia/Proceso Porcentaje de talleres realizados respecto de los planificados	N° de talleres realizados/N° de talleres planificados realizar*100	Propuesta Panel			
	Calidad/Producto Satisfacción de usuario	A determinar	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
	Eficiencia/Producto Costo promedio del componente por beneficiario egresado del programa	Σ de gasto del componente/Total de beneficiarios egresados	\$ 61.521	\$ 80.421	\$ 82.113	\$ 86.969
Componente 2	Eficacia/Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios que participan en organizaciones al término de la intervención	(N° de beneficiarios que participan en organizaciones al término de la intervención, año t/ N° de beneficiarios que participan en el programa), año t x 100	Propuesta Panel			

Eficacia/Producto Porcentaje de organizaciones con líderes comunitarios capacitados en el marco de acciones de Estimulación Funcional en el período respecto del total de organizaciones ingresadas a acciones en esta línea en el período	(N° Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados en el marco de acciones de Estimulación Funcional en el período/Organizaciones ingresadas a acciones de Estimulación Funcional del programa en el período) x100	(No existía un registro ese año por REM)	(No existía un registro ese año por REM)	(No existía un registro ese año por REM)	64,66% 112/9.450
% de capacitación de líderes comunitarios	N° Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período / N° Total de líderes comunitarios pertenecientes a Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100	Sin información (No se tiene registros de los líderes capacitados, ni del total)	Sin información (No se tiene registros de los líderes capacitados, ni del total)	Sin información (No se tiene registros de los líderes capacitados, ni del total)	Sin información (No se tiene registros de los líderes capacitados, ni del total)
Tasa de variación de líderes capacitados	(N° de líderes capacitados año t1-N° de líderes capacitados año t 0) x 100	Propuesta Panel			
Eficiencia/producto Costo por organización capacitada.	(Total gasto en capacitación organizaciones año i/N° total de organizaciones ingresadas al programa capacitados año i) * 100	Sin Información	Sin Información	Sin Información	Sin Información
Eficacia/producto Porcentaje de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo en desarrollo en el período respecto del total de Servicios Locales de Salud con oferta programática para personas mayores	(N° de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores en el período) x100	SI (No existía registro ese año por REM)	SI (No existía registro ese año por REM)	SI (No existía registro ese año por REM)	54% 2141/4514
Eficacia/proceso Porcentaje de comunas con guías de uso de redes locales funcionales actualizadas respecto del total de comunas que forman parte del programa	(N° de comunas con guías de uso de redes locales funcionales actualizadas / N° de comunas en el programa) x100	Sin Información	Sin Información	Sin Información	Sin Información

Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa

A. Relaciones de causalidad de los objetivos del programa (Lógica Vertical)

El fin del programa, que es “Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, ampliando las capacidades individuales y colectivas para enfrentar el envejecimiento, prolongando su autovalencia”, efectivamente apunta a abordar la situación de las personas mayores que, como se sabe desde el punto de vista demográfico, son cada vez más relevantes en Chile. Hacia el año 2017 representaban el 17% de la población total y se proyecta que hacia el año 2050 se duplicarán, alcanzando al 32% de la población, cifra que será muy superior al envejecimiento de la población mundial que llegará al 22%¹⁰⁵. De ahí se sigue la vinculación del programa con los Objetivos Estratégicos de Salud para la década 2010-2020, específicamente con el Objetivo Estratégico N° 2, de reducción de la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos; el N° 3 que apunta a reducir factores de riesgo asociados a la enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables; y particularmente, el N° 4, correspondiente a reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.

El propósito definido como “Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más, autovalente y en riesgo de dependencia, beneficiaria de los establecimientos de atención primaria de salud del sector público de salud” está en la dirección correcta de causalidad de objetivos, puesto que en la medida que mantiene o mejora las condiciones de autovalencia aporta a contribuir a la calidad de vida de esta población en que participan todos los programas existentes de Atención Primaria para personas mayores, así como otros sectores: SENAMA, Municipalidades, etc.

Una falencia importante del diseño es que no tiene explicitado el enfoque de género, siendo una variable importante que las mujeres mayores están en desventaja respecto a sus pares hombres en sus mayores niveles de dependencia (Ver esta argumentación en el anexo 4). Ni en las orientaciones técnicas, ni en otros documentos se encontraron evidencias al respecto.

Respecto a los componentes, puede decirse que el 1 “Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional” tiene un servicio claramente establecido, esto es, un taller de 24 sesiones de una duración máxima de una hora por sesión, durante dos veces a la semana, dirigida por una dupla de profesionales que participan conjuntamente. Además, su vinculación de causalidad con el cumplimiento del propósito está claramente establecido, al medir con una pauta de evaluación, la funcionalidad de los participantes al inicio del taller y su término, para observar sus resultados en los beneficiarios y que constituyen el indicador de medición del propósito.

El contenido de los talleres de acuerdo a las orientaciones del programa, abarca a) Estimulación de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, b) estimulación de funciones motoras y prevención de caídas y, c) estimulación de funciones cognitivas. Estas

¹⁰⁵ OMS. **Envejecimiento y ciclo de vida.** <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

temáticas y la duración de los talleres, están avaladas por la experiencia internacional para que la autovalencia de las personas mayores se mantenga una mayor cantidad de tiempo.

Sobre la evidencia internacional, destaca el trabajo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en que se rastrearon miles de estudios científicos en motores de búsqueda relacionados con personas mayores. Se estableció que la actividad física regular es un componente clave para un buen envejecimiento, donde el principal desafío es cambiar los hábitos de estilo de vida y promover la actividad física en la población de mayor edad a largo plazo. Los autores señalan que es en la Atención Primaria de Salud (APS) donde se puede incorporar estas intervenciones, basadas en una dieta y un estilo de vida saludables, para la prevención de enfermedades, el control de los factores de riesgo cardiovascular, las experiencias de aprendizaje continuo y la actividad física regular¹⁰⁶. Otro estudio¹⁰⁷ midió la intervención sistemática de la actividad física para personas mayores con una duración parecida al de este programa (12 semanas), cuyos resultados fueron medidos al término de la intervención, en los participantes y comparados con el grupo de control. Lo novedoso es que midió los resultados inmediatamente después de finalizada la intervención, porque lo habitual es que se realizaran mediciones de más largo plazo de programas también más prolongados, de los que se sabe que los efectos son satisfactorios. Los resultados de esta experiencia mostraron que hubo mejoras estadísticamente significativas en memoria, presión arterial y otros índices de salud en la población intervenida respecto de la no intervenida.

La observación que se tiene de la lectura de los contenidos de los talleres y de los informes revisados, es que el énfasis está puesto en la prevención – resguardarse de caídas, alimentarse sanamente, realizar actividad física -, más que en la promoción (mantener sanas a las personas sanas), por ejemplo, fomentar la participación en organizaciones, apoyar un emprendimiento, etc. -. Así, el diseño de todas las sesiones susceptible de realizar, las de prevención, que corresponden a “Estimulación de funciones motoras y prevención de caídas” (24 sesiones) y “Estimulación de funciones cognitivas” (12), representan el 75% de todas las sesiones y, las de promoción, “Estimulación de Autocuidado y estilos de vida saludable” (12) son solo el 25%.

Por otra parte, los participantes de un taller podrían eventualmente volver a participar en el año siguiente, puesto que en los registros no aparecen los RUT de las personas, por lo tanto, no se controla esta situación. El diseño no tiene establecido que las personas vuelvan a repetir el mismo taller; no obstante, esto ocurre en la práctica, lo que produce el problema que no se amplía el ingreso de nuevos beneficiarios al Componente 1, lo que impide mejorar la cobertura del programa.

Respecto, al componente 2 “Red local para el envejecimiento activo y positivo funcionante u operativa”, realiza el aporte muy importante como es establecer la red local de apoyo a las personas mayores. Esto se realiza generando varios productos: capacitando líderes de organizaciones de personas mayores o de otras agrupaciones que pueden apoyarlos

¹⁰⁶ Universidad de Chile (2019). Op. Cit. En este estudio utilizando, por ejemplo, las palabras claves: Activities of Daily Living AND Motor Activity AND Aged NOT Institutionalization se detectaron 4.457 Review articles y 20.049 Research articles.

¹⁰⁷ Chapman, Sandra B (2013). Op. Cit. En este estudio fueron comparadas 18 personas mayores, elegidas al azar de acuerdo a ciertas características, por ejemplo, no tener enfermedades mentales ni tener actividad física regular, que participaron del programa y se seleccionó otro grupo de control de similares características.

en temas similares al del componente 1, al que se le agrega el tema de liderazgo; acompañamiento de las organizaciones en la gestión de apoyo a las personas mayores; elaboración de catastros de los Servicios Locales (SL) con programas para los beneficiarios; elaboración de planes intersectoriales para un trabajo integrado de la oferta de los SL. Sin embargo, no están precisados los medios ni los recursos a través de los cuales se generan estos productos, ni el rol que le cabe a la dupla profesional del programa. La duración y modalidad de la capacitación no está establecida, ni qué herramientas se utilizan para levantar la oferta de los SL y los Planes estratégicos (reuniones, talleres u otra modalidad), ni cómo se logran los compromisos de las entidades involucradas.

Cabe consignar que su contribución al logro del Propósito no está establecido. De hecho, la medición de los resultados del programa se realiza solo en el momento que los participantes egresan del componente 1.

En cuanto a las actividades del componente 1 - cuyo detalle puede verse en el anexo 3 – se consideran que son las necesarias y suficientes para lograr su generación. Se destacan ciertos hitos relevantes, como son la divulgación del programa, el ingreso de las personas a los talleres, la realización de los test de entrada y salida a los participantes para medir resultados y la realización de los talleres propiamente tal. Respecto a las del componente 2, debido a que los servicios, como se argumentó anteriormente, son amplios, no tienen actividades que tengan una cierta homogenización para describir lo que los SS realizan, más allá de lo que cada uno de ellos pueda incluir como aportes locales de acuerdo a su realidad.

Por otra parte, se han detectado falencias en la ejecución de las actividades. Así, en un diagnóstico participativo efectuado en Conchalí, se señaló que entre las debilidades detectadas estaban las siguientes tres: Contenidos de formación de líderes poco claros y profundos; Solicitud de un mayor seguimiento a los líderes y organizaciones por parte de las duplas y; carencia de espacios y actividades para los adultos mayores¹⁰⁸. Se trata de una referencia de un caso y, por lo tanto, de un hallazgo del que no se tienen evidencias de su amplitud.

Los supuestos planteados en la matriz de marco lógico se detallan a continuación:

¹⁰⁸ Municipalidad de Conchalí (Sin año). Op. cit

Supuestos	Comentarios
<p>Fin</p> <p>Las condiciones sociales se mantienen estables para el desarrollo de las personas mayores autovalentes, su ejercicio de roles según necesidades e intereses personales y colectivos.</p>	<p>Efectivamente, es una situación externa al manejo del programa. Es un riesgo que efectivamente debe considerarse dado el contexto <u>sociopolítico</u> del Chile actual.</p> <p>Por otra parte, debiera considerarse la eventualidad de considerar el riesgo de las pandemias dentro de los supuestos. Es una situación a observar, porque si las situaciones sanitarias se producen reiteradamente habría que considerarlo dentro de los contenidos temáticos del autocuidado, por lo tanto, ya no sería supuesto.</p>
<p>Propósito</p> <p>Existen condiciones vitales estables que permiten el desempeño funcional de las personas mayores.</p>	<p>Ciertamente, por el tipo de población con la que se está trabajando, el riesgo de que las condiciones vitales se vean afectadas es una situación a considerar, incluso, por situaciones epidemiológicas inesperadas, puede afectar su contribución al logro del fin.</p>
<p>Componente 1</p> <p>Existen condiciones individuales y familiares que permiten el desarrollo de las personas mayores.</p>	<p>Eventos familiares pueden impedir la participación de los beneficiarios, por ejemplo, desempleo en las familias que pudiera eventualmente requerir que las personas mayores tengan algún rol de apoyo en el cuidado de los nietos, que no se tenía previamente.</p>
<p>Componente 2</p> <p>Las condiciones de las organizaciones se mantienen estables para las actividades de los líderes comunitarios.</p>	<p>Los participantes pueden tener un rol activo en las organizaciones, pero ellas requieren, por ejemplo, que éstas tengan actividades regulares en el tiempo. De no darse esta situación, el desempeño de los líderes de Personas Mayores se verá afectado al no tener un medio donde desempeñarse.</p>
<p>Componente 2</p> <p>Las condiciones de articulación intersectorial y complementariedad de las ofertas sociales y sanitarias se mantienen estables.</p>	<p>Tal vez debería reemplazarse la parte final del enunciado “se mantienen estables” por “tienen viabilidad”. Este es un riesgo que tiene un fuerte componente local, ya que sectores aislados o rurales, tienen menos posibilidades de ofertas sociales y sanitarias. Este es un punto controversial que se analiza en el informe, puesto que, al no controlar, por ejemplo, que las ofertas de los Servicios Locales estén disponibles para su grupo de beneficiarios, no puede responsabilizarse al programa de su no existencia.</p>
<p>Se evalúa positivamente el levantamiento de los supuestos en cada nivel de objetivos y efectivamente ellos son externos al manejo del programa. No se considera factible levantar indicadores para alertar sobre los riesgos, ya que no se tiene una elaboración conceptual y metodológica, para medir, por ejemplo, “organizaciones estables” o “condiciones individuales y familiares que permiten el desarrollo de las personas mayores”. Si estos supuestos no se dan, debiera recurrirse al juicio de experto para la evaluación de dicha situación.</p>	

La lógica vertical se valida parcialmente, en cuanto a que los dos componentes contribuyen al logro del propósito y dan cuenta del problema identificado – el mantener a las personas mayores el mayor tiempo posible autovalentes -, aunque el aporte del componente 2 no está claramente establecido. Tampoco, se explicita de cómo se abordará el programa desde un enfoque de género.

Por otra parte, no se identifica otro componente que pudiera aportar al logro del resultado. Las actividades del componente 1 se consideran las necesarias y suficientes para su generación, no así las del componente 2 que, debido a la amplitud de sus productos, no está claramente establecida las actividades para la generación de cada una de ellas.

B. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)

A continuación, se hace un análisis de los indicadores por nivel de objetivos

FIN: Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, ampliando las capacidades individuales y colectivas para enfrentar el envejecimiento, prolongando su autovalencia.	
Indicadores	Comentarios
No tiene indicadores	No es el foco de esta modalidad de evaluación medir indicadores a nivel de fin.
Propósito Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más, autovalente y en riesgo de dependencia, beneficiaria de los establecimientos de atención primaria de salud del sector público de salud	
Indicadores	Comentarios
Eficacia/Resultado Intermedio Porcentaje de personas que egresan de un ciclo del programa con mantención o mejora de su condición funcional respecto del total de personas que egresan del programa	Indicador pertinente y que efectivamente mide los resultados del programa en sus beneficiarios al término de la capacitación (Ciclo del programa). Es un indicador que está disponible. La limitación que tiene es que no tiene disponible los resultados por sexo y por grupos etarios al interior de las personas de 60 años y más. Es evidente que puede haber fuertes diferencias cuando la medición se hace en personas entre los 60 y 65 años, que en mayores de 80 años. Los datos que arroje pueden ayudar a hacer correcciones del tipo de intervención, por ejemplo, en relación a los grupos de edades. Por otra parte, no se tiene registrados los resultados diferenciados por mantención y mejora. Esto debería hacerse para tener un detalle de los tipos de resultados y que pudiera cruzarse por sexo y edad, lo que ayudaría eventualmente diferenciar las intervenciones. El programa tiene una meta de cumplimiento del 60% desde el año 2016. Podría considerarse una meta mínima, ya que podría ir incrementando el nivel de exigencia de su cumplimiento con los años. Esto ocurre con todas las metas del programa.
Eficiencia/resultado intermedio Costo promedio por	Indicador pertinente. La limitación que tiene su levantamiento, es que el programa no tiene registrado los aportes extrapresupuestarios que pueden ser

beneficiario egresado del programa con mantención o mejora de su condición funcional	importantes, por ejemplo, la utilización de salas, los aportes logísticos de funcionarios de los SS de atención primaria que no son financiados por el programa, etc.
Eficiencia/proceso Porcentaje de gastos de administración respecto del total de gastos del programa	Indicador pertinente. Al igual que en el caso anterior, el programa no tiene separado los gastos en que se incurre en administración, a nivel central, ni por SS. Esta es una situación que debiera corregirse.
Economía/proceso Ejecución Presupuestaria del programa	Indicador pertinente.
Economía/proceso Porcentaje de aportes de terceros respecto al total de gasto del programa	El programa no tiene registrado el aporte de terceros – como el que hacen los municipios en movilización - por lo que es un indicador sin información.
Eficacia/producto Porcentaje de personas beneficiarias respecto de la población potencial y objetivo.	Ambos indicadores son pertinentes para medir cobertura. Para efectos de esta evaluación se acordó la definición de población objetivo, aunque el programa inicialmente solo la refería a la población que podía atender la dupla de profesionales.
Comentarios Generales Se valora positivamente que el programa tenga un indicador que mida efectivamente resultados. Debiera registrarse y tener acceso en línea a sus resultados diferenciados por sexo y grupo etario, pues esto ayudaría a mejorar las estrategias de intervención del programa. Además, debiera considerarse levantar algún indicador intermedio relacionado con los aspectos promocionales de la intervención, como sería el porcentaje de personas mayores que participan en organizaciones o en actividades de sus comunidades. Se evalúa negativamente la falta de registros de los aportes de terceros y de los gastos administrativos del programa a nivel central y en los SS.	

Componente 1 Intervención Sociosanitaria Promocional y Preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional	
Indicadores	Comentarios
Eficacia/Proceso Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Indicador pertinente, para establecer la asistencia promedio y compararlo con la exigencia de tener talleres con al menos 10 participantes. Se mide actualmente. Su registro además permite hacer un seguimiento del desarrollo del componente.
Eficacia/Producto Porcentaje de beneficiarios que egresan de los talleres respecto de los ingresados	Indicador pertinente que, en alguna medida, podría ser considerado también como de resultado, en cuanto a que, si los beneficiarios que ingresan a los talleres lo finalizan, es una forma de medir la incorporación de las personas mayores a la sociedad. Se debe tener en cuenta que es un programa que dura tres meses y para los participantes, dada su condición, en algunos casos puede implicar un importante esfuerzo para concurrir y, si lo hacen, quiere decir que hay aspectos motivacionales que

	<p>hablan bien de la ejecución de los talleres.</p> <p>Para el año 2019 se estableció una meta de egreso del 80%. No se tiene antecedentes para ponderar si este nivel de exigencia es el apropiado. Para los años siguientes debiera ir subiendo el nivel de exigencia de la meta.</p>
<p>Calidad/Producto Satisfacción de usuario</p>	<p>No se tiene establecida una encuesta de satisfacción de usuario homogénea para todas las regiones. Lo que actualmente existe son iniciativas locales para medir satisfacción que se incluyen en los informes finales de SS que incluyen distintos ítems. Es imprescindible tener esta encuesta levantada para todos los servicios y reportados a nivel central.</p>
<p>Eficiencia/Producto Costo promedio del componente por beneficiario egresado del programa</p>	<p>Indicador pertinente, pero que, como se explicó en los indicadores de Propósito, no tiene considerados los aportes de terceros y, lo que es más preocupante, no están separados de los recursos aportados para el componente 2</p>
<p>Comentarios Generales</p> <p>Tiene indicadores pertinentes, como son los porcentajes de egresados respecto a los ingresados y asistencia promedio e indicadores de eficiencia, aunque en estos últimos su medición tiene limitaciones por falta de información. Se evalúa negativamente la ausencia de una encuesta de satisfacción de usuarios provista a nivel central. Tampoco se cuenta con un indicador que mida el número de talleres realizados para cuantificar este servicio, que es central para este componente y podría medir el desempeño de la dupla de profesionales ejecutores de los mismos.</p>	

<p>Componente 2</p> <p>Red Local para el envejecimiento activo y positivo funcionando u operativa</p>	
Indicadores	Comentarios
<p>Eficacia/Producto Porcentaje de organizaciones con líderes comunitarios capacitados en el marco de acciones de Estimulación Funcional en el período respecto del total de organizaciones ingresadas a acciones en esta línea en el período</p>	<p>Indicador pertinente que mide las organizaciones apoyadas respecto a las ingresadas. El indicador solo se mide desde el año 2019 por lo que no se tiene trazabilidad de su evolución. Su medición puede producir incentivos perversos, en el sentido que, si el programa es muy proactivo, puede generar el ingreso de muchas organizaciones y la entidad ejecutora (Municipio o el propio servicio) no tenga la posibilidad de capacitarlas a todas. Otro SS que no tenga el mismo dinamismo para comprometer a más organizaciones podría, por tanto, tener porcentaje de organizaciones con líderes capacitados (Numerador) muy superior al anterior, porque tiene pocas organizaciones integradas (Denominador). La meta establecida es del 30% desde el año 2016. Debiera ir incrementándose el nivel de exigencia de la meta.</p> <p>Una alternativa a conversar es que debiera levantarse una línea de base de organizaciones existentes en el</p>

	territorio respectivo para que tenga más sentido la medición. Probablemente tiene un problema de factibilidad tener esa información de las organizaciones. En ese caso, podría medirse calculando la tasa de variación de líderes capacitados respecto a un período anterior.
Eficacia/Producto % de capacitación de líderes comunitarios respecto del total de líderes comunitarios	Es un indicador interesante en la medida que se tenga el universo de líderes comunitarios por capacitar. El programa no tiene datos ni para el numerador, ni tampoco para el denominador, lo que se evalúa negativamente.
Eficiencia/producto Costo por organización capacitada.	Indicador pertinente, pero del que no se tendrán datos porque no se tiene información de los recursos involucrados, ni tampoco del tipo de servicio que se entrega (duración de los talleres, temas abordados, capacitadores involucrados, etc.)
Eficacia/producto Porcentaje de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo en desarrollo en el período respecto del total de Servicios Locales de Salud con oferta programática para personas mayores	Indicador que no tiene mucho sentido medir, porque entendemos que el que los Servicios Locales tengan Planes Intersectoriales no depende del programa. Por otro lado, desde el año 2019 se lleva registros de Servicios Locales integrados a Planes Intersectoriales y con ofertas programáticas. Lo que se obtiene de su análisis son los recursos locales con los que se cuenta en comunas para personas mayores, que refleja la desigualdad de recursos entre regiones, comunas y localidades, pero que no mide el desempeño del programa.
Eficacia/proceso Porcentaje de comunas con guías de uso de redes locales funcionales actualizadas respecto del total de comunas que forman parte del programa	Indicador que actualmente no tiene información y que podría medir algún tipo de resultado de los profesionales que apoyan este componente
Comentarios Generales Debido a que los servicios que proporciona este componente no están muy precisados, sus indicadores de desempeño, también son difusos. Si se establece que sus productos otorgados son talleres y seguimiento (medido en reuniones con líderes en una periodicidad a establecer) debieran levantarse indicadores para su medición. El indicador hasta ahora levantado que es más pertinente es el de organizaciones con líderes capacitados. No tiene indicadores de eficiencia puesto que es un componente cuyos recursos no están separados de los del componente 1. Esta es una anomalía que debe solucionarse.	

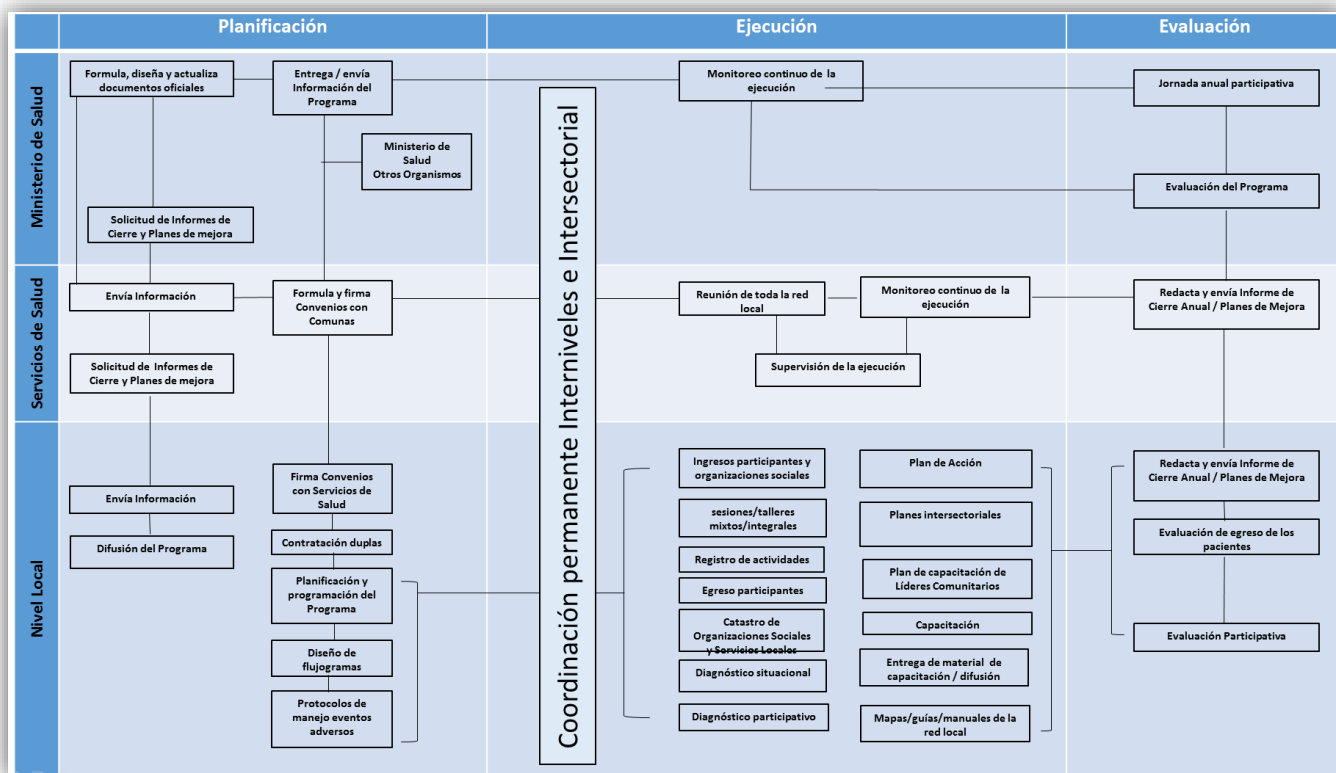
En síntesis, la lógica horizontal se valida parcialmente, ya que tiene indicadores pertinentes a nivel de Propósito y Componente, pero no así para el Componente 2.

Anexo 3: Procesos de Producción y Organización y Gestión del Programa

A. Proceso de producción de cada uno de los bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa.

El Programa contempla la participación de las personas mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas por un período de tres meses. En conjunto, el Programa desarrolla, además, un proceso participativo de formación y acompañamiento de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, y de trabajo intersectorial con los Servicios Locales¹⁰⁹ que cuentan con estrategias/actividades/acciones de atención para personas mayores, destinado a la formulación y ejecución de planes intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo en los territorios en que se despliega.

Figura 4 : Flujograma de Gestión del Programa



Fuente: Elaboración propia

¹⁰⁹ Servicios Locales son aquellas instituciones relacionadas directamente con la población adulto mayor y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población mayor (pública o privada).

COMPONENTE 1. Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional.

Consiste en una intervención grupal con personas mayores durante 3 meses, realizada por una dupla profesional Kinesiólogo-Terapeuta ocupacional. Está dividida en 24 sesiones mixtas con una duración entre 45 y 60 minutos cada una, que abordan tres áreas temáticas: a) educación para la salud y autocuidado, b) estimulación de funciones motoras y prevención de caídas y, c) estimulación de funciones cognitivas. Las sesiones/talleres se denominan mixtos, ya que en ellas se puede abordar cualquiera de las 3 temáticas señaladas distribuidas en las siguientes formas¹¹⁰:

- i. Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas: Compuesto por 24 sesiones.
- ii. Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas: Compuesto por 12 sesiones.
- iii. Taller de Estimulación de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable: Compuesto por 12 sesiones

Vale decir que cada sesión/taller mixto incluye una sesión de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas y una sesión de estimulación de funciones cognitivas o de estimulación de autocuidado o estilos de vida saludable¹¹¹. Todo en un período ideal de tres meses de duración.

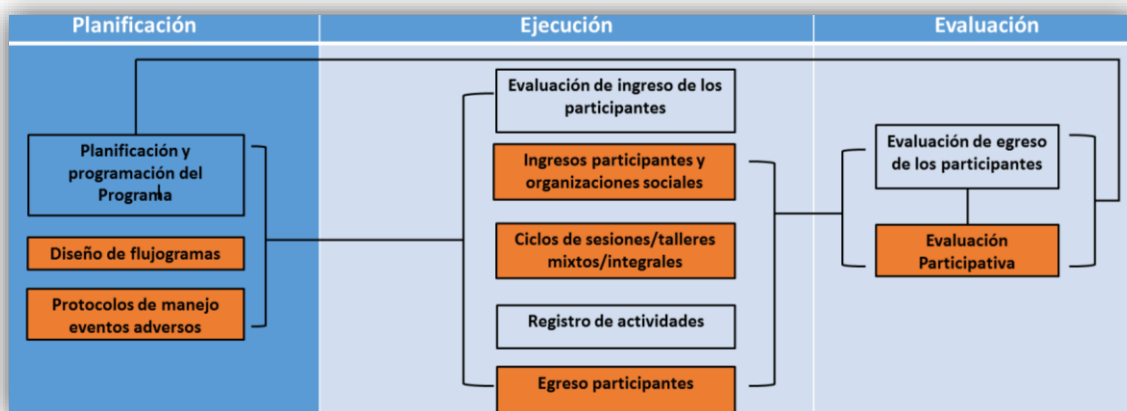
Los profesionales deben permanecer presentes y participando durante todo el desarrollo de la sesión y estar atentos ante las eventuales dificultades de las personas mayores que participan, relacionadas con la comprensión, ejecución o con descompensaciones físicas, cognitivas o emocionales.

Los profesionales solicitan/cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud de los centros de salud para la realización de los talleres de autocuidado, como por ejemplo psicólogos/as (sexualidad, salud mental, etc.), trabajador/a social (beneficios de seguridad social, inclusión social, etc.), matrn/a (cáncer de mama, etc.), odontólogo/a (salud oral, etc.), etc.

¹¹⁰ Ver cuadro Nº 1 parte descriptiva

¹¹¹ El Programa se desarrolla en el horario habitual del centro de salud, incluyendo el horario de 17 a 20 horas, facilitando la participación de las personas mayores que no pueden acudir en otro horario a las actividades.

Figura 5 : Flujo de Producción del Componente 1 del Programa¹¹²



Fuente: Elaboración Propia / En naranja los productos explicitados en el Programa

Cuadro 37: Temporalidad de la producción del componente 1.

Etapa	Planificación	Ejecución	Evaluación
Temporalidad	Octubre a diciembre Año t-1	Enero a diciembre Año t	Enero a diciembre Año t Diciembre a marzo Año t+1

Nota: las evaluaciones se realizan al final de cada ciclo del taller (3 meses). Además, hay una evaluación final que evalúa el desempeño total del año anterior que se puede extender hasta marzo del año t+1.

Fuente: Programa

Las funciones a desempeñar por la dupla de profesionales son las siguientes:

- Ejecutar la intervención sociosanitaria preventivo promocional. La actividad de Ingreso debe consignarse en la Ficha Clínica de la persona y en el Registro Estadístico Mensual (REM) que aporta información estadística al programa.
- Realizar el ingreso de las personas al Programa, el cual puede efectuarse en la primera sesión mixta del componente 1 y comprende la valoración funcional inicial de ingreso al Programa, efectuada con la escala HAQ-8 modificada¹¹³ para el programa y el Test Timed Up and Go¹¹⁴, cuyos resultados son registrados en el instrumento diseñado para ello y que permiten la comparación con los resultados al egreso del programa. El Ingreso de los participantes al Programa implica un proceso de información sobre el programa y las actividades asociadas, la constatación del Examen de Medicina Preventiva vigente y Controles Cardiovasculares al día o la gestión con el centro de salud para su realización. La actividad de Ingreso es consignada por la dupla

¹¹² En todas las etapas los responsables son la dupla profesional.

¹¹³ Es un cuestionario de funcionalidad modificado para el Programa, que utiliza 10 preguntas respecto de la facilidad/dificultad para realizar actividades cotidianas.

¹¹⁴ La prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido ida y vuelta desde la silla a la marca de tres metros.

en la Ficha Clínica del usuario por la dupla profesional y en el REM que aporta información estadística al programa. Deben considerarse como ingreso a aquellas personas mayores que tengan su Examen de Medicina Preventiva vigente y control cardiovascular al día y hayan firmado el compromiso informado. En caso de no contar con el Examen de Medicina Preventiva vigente, el establecimiento o comuna beneficiaria del programa deberá gestionar con prontitud la evaluación del adulto mayor por parte del equipo de salud y considerar otras estrategias que mejoren el acceso y la oportunidad a este examen.

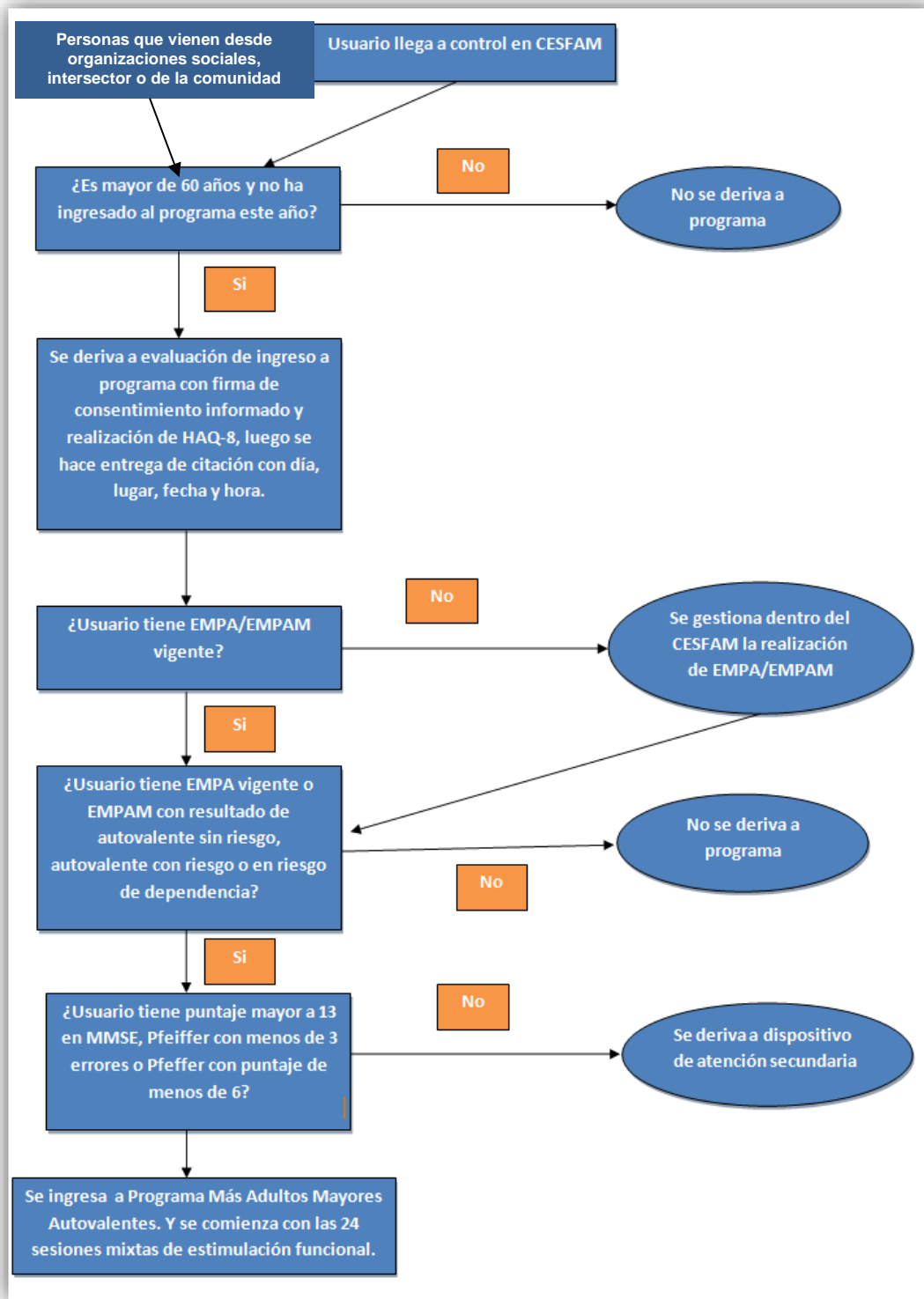
- Registrar e informar a los diferentes actores locales y del Servicio de Salud las diferentes actividades del Programa¹¹⁵.
- Diseñar flujograma(s) de derivación y contrarreferencia de personas mayores al equipo de salud y a los servicios locales relacionados con la población participante.
- Formular protocolos para el manejo y derivación de incidentes asociados a la atención: Eventos Adversos (situación o acontecimiento inesperado relacionado con la atención sanitaria recibida y que tiene o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de enfermedad; incidente producido en traslado en ambulancia o móvil); Eventos Centinelas (situación o acontecimiento inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas o el riesgo potencial que esto ocurra); o asociados a la pesquisa de descompensaciones u otras situaciones de salud en el terreno.
- Realizar evaluación participativa con los integrantes, con fines de retroalimentar las estrategias de intervención del equipo en pro de una mejora constante del Programa a nivel local.
- Identificar las organizaciones y entidades participantes de la red para el fomento del envejecimiento activo y positivo, "procurando que esta red permita la participación de las personas mayores en actividades de autocuidado y/o estimulación funcional"¹¹⁶.
- Egresar a participantes. Se considera egreso por abandono cuando una persona mayor luego de dos veces seguidas de inasistencia, no asiste a dos citaciones de rescate, sin excusarse ni informar al equipo. En caso que la persona informe que por motivos personales o de salud debe interrumpir el programa, debe acordarse un mecanismo de contacto para informar respecto del retorno a las actividades, promoviendo su participación una vez resuelta la situación, no correspondiendo considerarlo como un nuevo ingreso.
- Evaluar al egreso a la persona mayor con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed Up and Go, cuyos resultados son registrados en el instrumento diseñado para este fin y que permita la comparación con los resultados obtenidos al inicio del programa, procediendo su registro tanto en Ficha Clínica como en el Registro Estadístico Mensual.
- Vincular a la red local capacitada en estimulación funcional a las personas egresadas, según sus intereses, favoreciéndose la mantención en o la incorporación a las organizaciones sociales capacitadas en el componente 2, para dar continuidad a la intervención y la participación en actividades para el fomento del envejecimiento activo.
- Coordinarse con el resto del equipo de salud, especialmente con los otros profesionales que realizan tareas en el Programa de Adulto Mayor (enfermera,

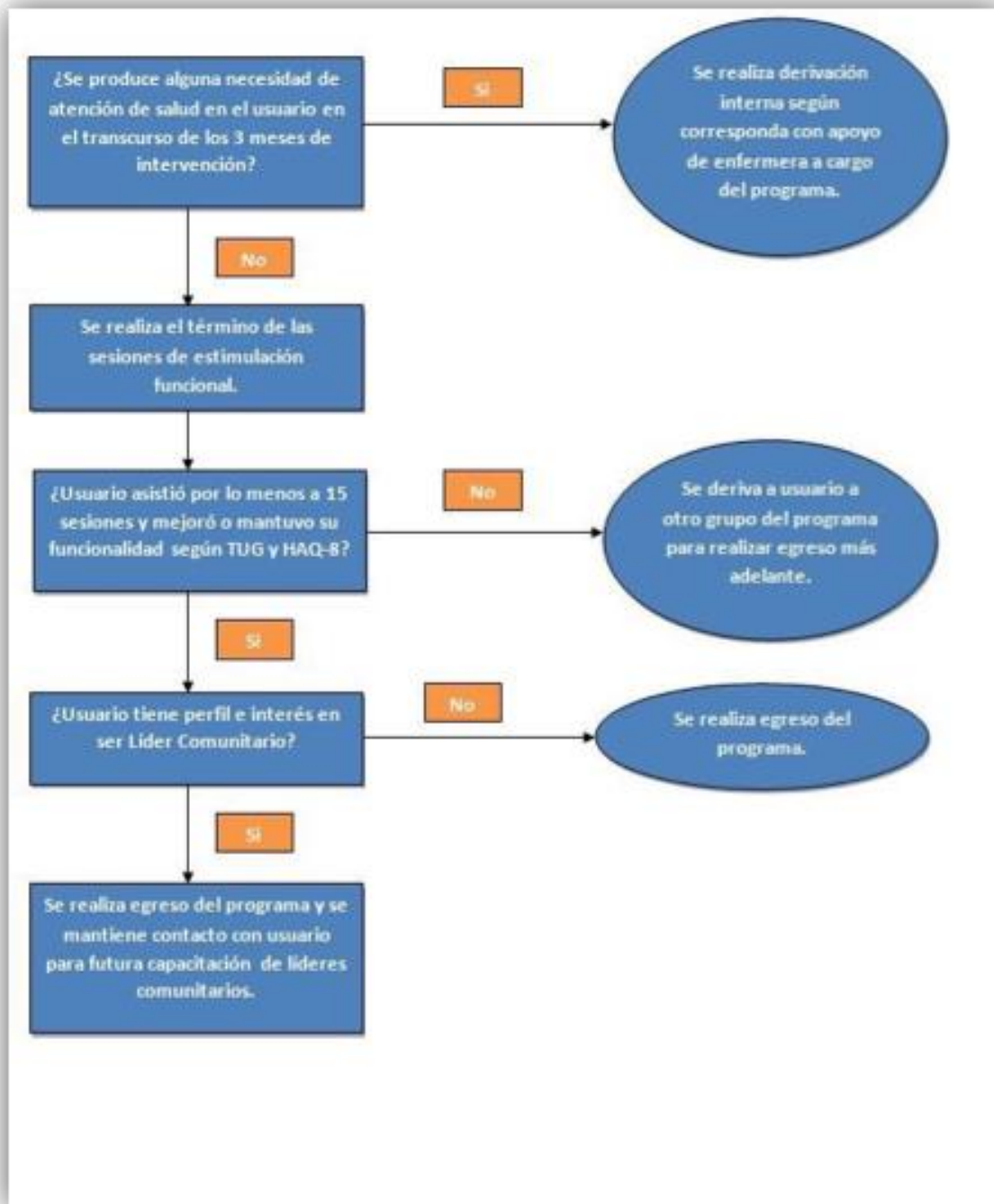
¹¹⁵ Se debe contar con un mecanismo efectivo de aviso ante situaciones de ausencia de las personas mayores y la suspensión y reprogramación de actividades.

¹¹⁶ No se obtuvo una aclaración por parte del programa respecto de lo que implica esta declaración de funciones.

psicólogos, etc.) y con los servicios locales con oferta programática para los adultos mayores.

Figura 6 Flujograma de Atención Componente 1



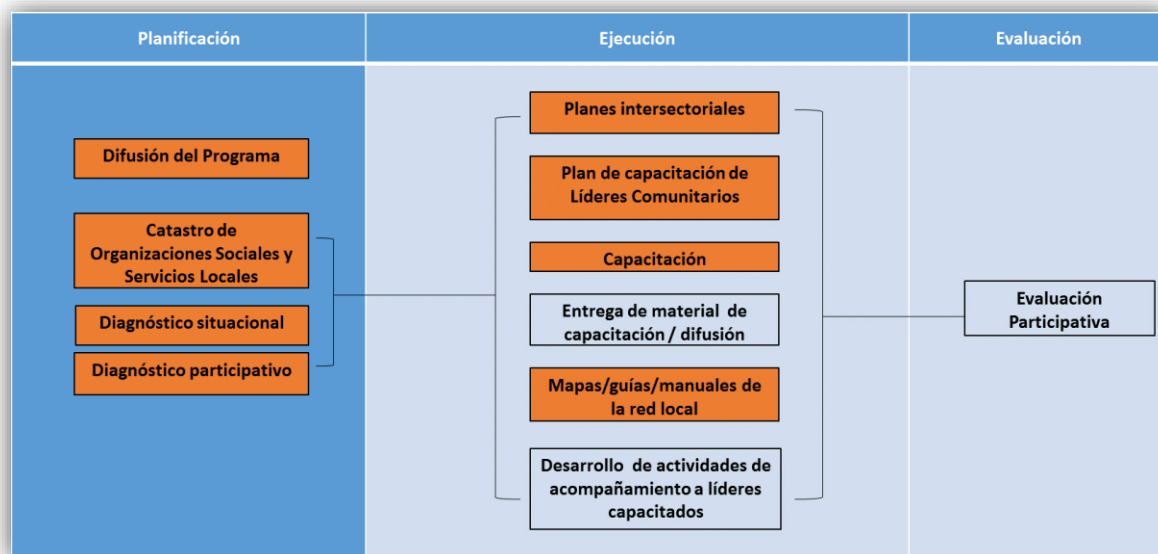


HAQ-8: "Health Assessment Questionnaire" en su versión modificada para el programa. Utilizado para evaluar nivel de funcionalidad del usuario.
 TUG: Time Up and Go. Utilizado para evaluar nivel de funcionalidad del usuario
 MMSE: Mini Examen del Estado Mental. Instrumento para evaluar estado cognitivo de los usuarios.
 Pfeiffer: Instrumento para evaluar estado cognitivo de los usuarios.
 Fuente: Programa

COMPONENTE 2. Red local para el envejecimiento activo y positivo funcionando u operativa.

La dupla de profesionales capacita a líderes comunitarios de las organizaciones sociales a las que pertenecen los beneficiarios del Programa y de otros grupos comunitarios, conformados a partir del componente 1.

Figura 7: Flujograma de Producción del Componente 2 del Programa¹¹⁷



Fuente: Elaboración Propia / **En color naranja los productos explicitados en el Programa**

Cuadro 38: Temporalidad de la producción del componente 2.

Etapas	Planificación	Ejecución	Evaluación
Temporalidad	Octubre a diciembre Año t-1	Enero a diciembre Año t	Enero a diciembre Año t Diciembre a marzo Año t+1

Nota: las evaluaciones participativas se realizan al final de cada capacitación. Además, hay una evaluación final que evalúa el desempeño total del año anterior que se puede extender hasta marzo del año t+1.

Fuente: Programa

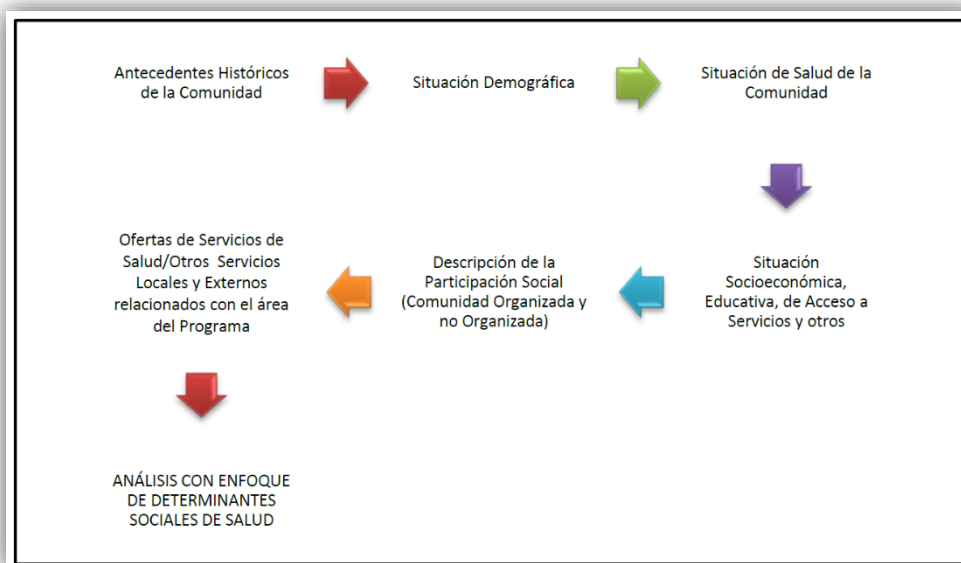
Las funciones de la dupla profesional son las siguientes:

- i. Realizar la difusión del programa en el territorio del Centro de Salud.

¹¹⁷ En todas las etapas los responsables son la dupla profesional.

- ii. Realizar catastro de Organizaciones Sociales Locales. Se trata de un listado actualizado de los datos de las Organizaciones Sociales de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores, que comprende los datos de identificación y contacto de la organización, así como el grado de vinculación con el Programa. Dichas organizaciones son contactadas por la dupla o pueden acudir ellas mismas al Centro de salud para ser inscritas. El catastro permite al equipo conocer la red local de organizaciones, orientar su trabajo con las organizaciones y entregar información actualizada a las personas mayores participantes del Programa. Incorpora, además, a aquellas organizaciones formales o informales que se han generado entre las personas mayores, mediante su participación en el programa.
- iii. Actualizar anualmente el catastro de organizaciones sociales locales.
- iv. Realizar catastro de Servicios Locales, que corresponde a un listado de estos Servicios que en su oferta institucional cuentan con oferta programática de estrategias/actividades/acciones para las personas mayores. Incluye los datos de identificación y contacto, junto con las características de la oferta y la forma de acceso de las personas mayores. Dichos servicios locales son contactados por la dupla o pueden acudir ellos mismos al Centro de salud para ser inscritos en el listado.
- v. Actualizar catastro de Servicios locales.
- vi. Realizar diagnóstico situacional. Se trata del análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes para la población objetivo, de la implicancia de los determinantes sociales de la salud y de antecedentes aportados por informantes claves (miembros del equipo de salud, de servicios locales, de organizaciones sociales y comunidad no organizada, etc.), que aproxime al equipo a la situación en que se encuentra la población adulta mayor en la comuna y permita determinar algunas características y necesidades de la población con que trabajan para planificar las actividades del Programa. Dentro del Diagnóstico situacional, se propone la recopilación de los siguientes antecedentes de la mayor cantidad de fuentes posibles, considerando la participación de informantes claves y líderes:

Figura 8: Elementos para Análisis y Formulación de un Diagnóstico Situacional Básico



Fuente: Programa

- vii. Realizar diagnóstico participativo de las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de personas mayores. Realizado junto a las organizaciones sociales participantes del programa y/o sus representantes, comunidad no organizada e intersector vinculado al programa, para conocer los requerimientos específicos en cuanto a capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional y Autocuidado de la Salud de las personas mayores.
- viii. Formular un Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo. Este plan de acción debe ser realizado junto con las personas mayores participantes, validando las propuestas presentadas y en acuerdo en los contenidos y líneas de trabajo:
 - o Formular Plan/Programa de Capacitación de los Líderes comunitarios anualmente.
 - o Apoyar la formulación de Planes Intersectoriales anualmente entre Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo. Se deben considerar aquellos aspectos que concitan el interés de los otros sectores, los factores asociados y las posibilidades de aportar en conjunto a las soluciones de los problemas. El plan de trabajo intersectorial corresponde a un proceso de trabajo, con un propósito y objetivos del trabajo conjunto entre los sectores, que debe contar con planificación de actividades y determinación de recursos, monitoreo de las mismas que evidencien el progreso en el área abordada y una evaluación que informe sobre los resultados alcanzados. Se asume que cada entidad es responsable de su ejecución.
- ix. Realizar capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Estimulación Funcional en sus organizaciones. Considera la priorización de temáticas a abordar, el desarrollo progresivo de habilidades entre los líderes, que puede verse apoyado desde la participación previa o posterior en el componente 1 del programa. Incluye además el aporte de otros miembros del equipo de salud y del intersector. Requiere que la dupla profesional contemple actividades para planificar la capacitación y ejecutarla con las personas mayores.
- x. Entregar material para la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en las organizaciones sociales.
- xi. Realizar mapas/guías/manuales de la red local de las Organizaciones Sociales y Servicios locales. Para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes de ambos componentes del programa, en cuanto a posibilidades de continuidad de Estimulación Funcional y Autocuidado en la red Local. Puede incorporar herramientas tecnológicas de georreferenciación para favorecer la gestión territorial y las acciones de promoción y prevención de salud en personas mayores. Pueden realizarse en formato diferente al clásico mapa si se considera que facilita el trabajo del equipo de salud y la información de personas mayores (Guía, Manual, otro) siempre y cuando den cuenta de la localización, la vinculación con el programa y las formas de acceso de las personas a ellas, y estén disponibles para el equipo de salud y las personas mayores.
- xii. Evaluar el desempeño de los indicadores asociados al Componente, vale decir construir los indicadores, comparar con las metas comprometidas, redactar informes, hacer sugerencias.

Evaluación

El Programa está basado en evidencia científica, lo que es evidenciado en su diseño general, realizando una intervención que aborda conjuntamente la prevención de la enfermedad o daño (dependencia) y en la promoción de la salud (mantener sana a la

población sana, calidad de vida, envejecimiento activo/saludable), implicando la ejecución de talleres grupales/colectivos, liderada por una dupla profesionales, y con la participación de otros actores del intersector.

Las actividades/productos del componente 2, son poco claros o están equívocamente presentados ya que no están precisados los medios, ni los recursos a través de los cuales se generan estos productos y el rol que le cabe a la dupla profesional del programa.

Así, por ejemplo, la duración y modalidad de la capacitación no está establecida, las herramientas que se utilizan para levantar la oferta de los SL y los Planes estratégicos (reuniones, talleres u otra modalidad) y cómo se logran los compromisos de las entidades involucradas no están establecidas ni estandarizadas¹¹⁸.

Las orientaciones técnicas y el manual técnico tienen afirmaciones que no se acompañan de explicitaciones que permitan entender sus alcances y formas de ejecutar las actividades involucradas. A continuación, se señalan algunos ejemplos:

- “Procurar que la red permita la participación de las personas mayores”.
- “Estrategias para dar continuidad en el hogar, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con el reforzamiento de los contenidos tratados en los tres talleres”.
- “Seguimiento en comunidad y/o domicilio una vez egresado del componente 1”.
- “Formulación del “Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo” con validación de “las propuestas presentadas y en acuerdo en los contenidos y líneas de trabajo””.
- “Formulación de “Planes Intersectoriales anualmente entre Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo””.

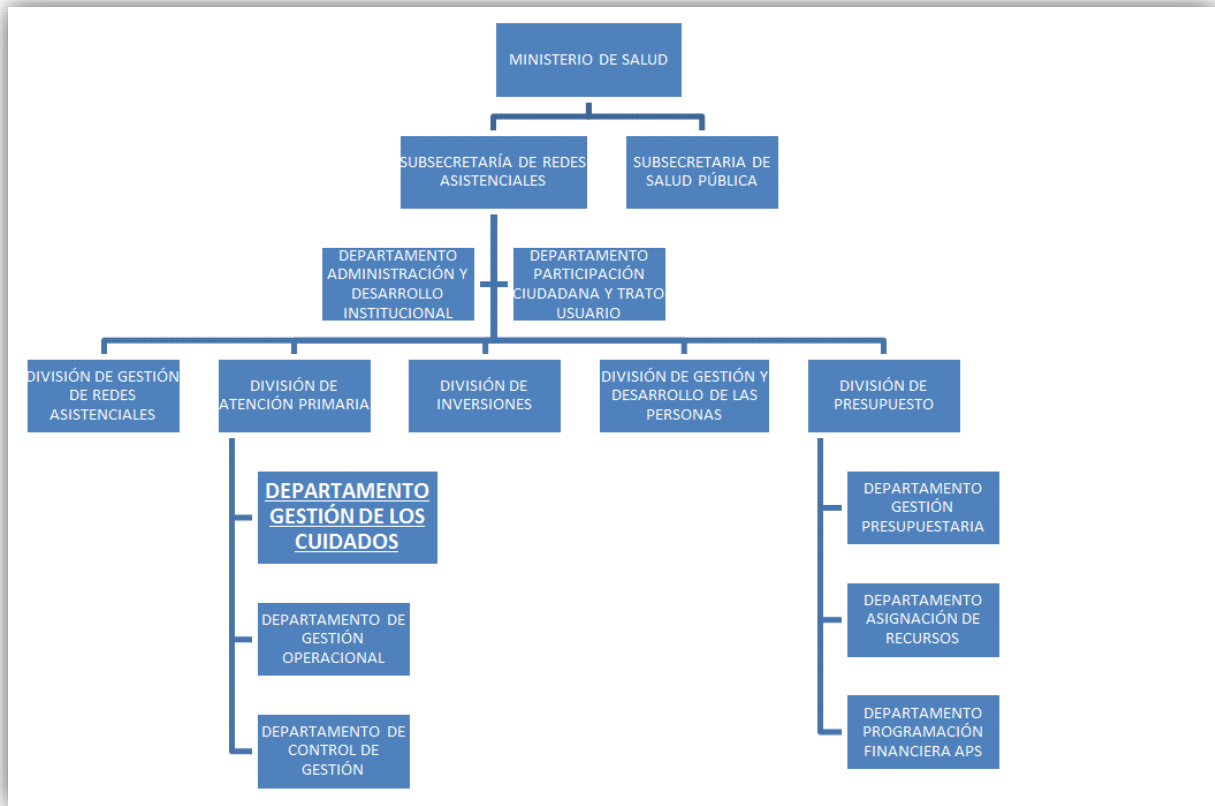
El manual existente no se actualiza desde 2015 y está orientado solo a la implementación del componente 1. De hecho, el Programa señala que “las actividades educativas y de estimulación funcional desarrolladas por el programa deberán basarse en el Enfoque de Educación Popular, metodologías participativas y la metodología del Aprender Haciendo, procurando un aprendizaje desde la propia experiencia y experimentación de las personas mayores”, sin embargo, no existe un manual que oriente la aplicación de estas metodologías en el ambiente comunitario del componente 2.

B. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación al interior de la institución responsable y con otras instituciones.

La unidad responsable del Programa a nivel central corresponde al Departamento de Gestión de los Cuidados de la División de Atención Primaria, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

¹¹⁸ Ver un detalle de este análisis en el anexo 2c.

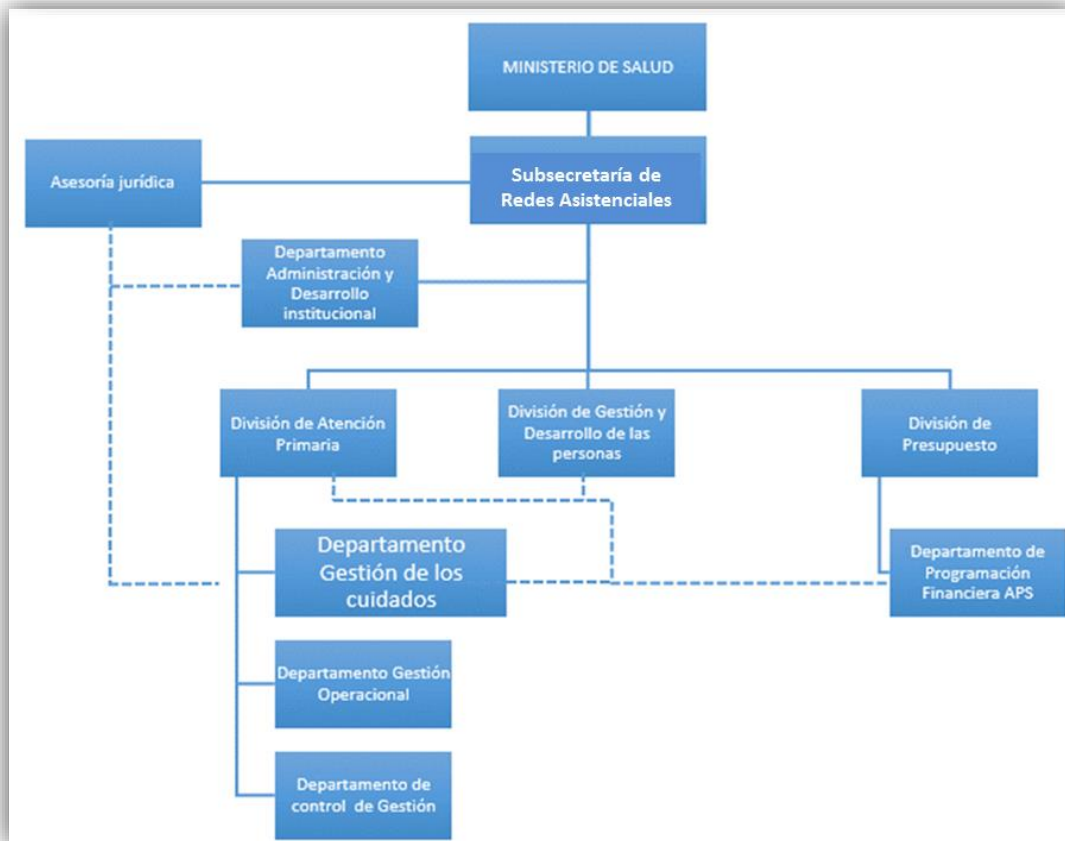
Figura 9 Organigrama Ministerio de Salud



Fuente: Programa

El siguiente organigrama muestra las relaciones funcionales que establece el Departamento de Gestión de Cuidados para llevar adelante la gestión global del Programa.

Figura 10: Organigrama Funcional del programa en el Ministerio de Salud

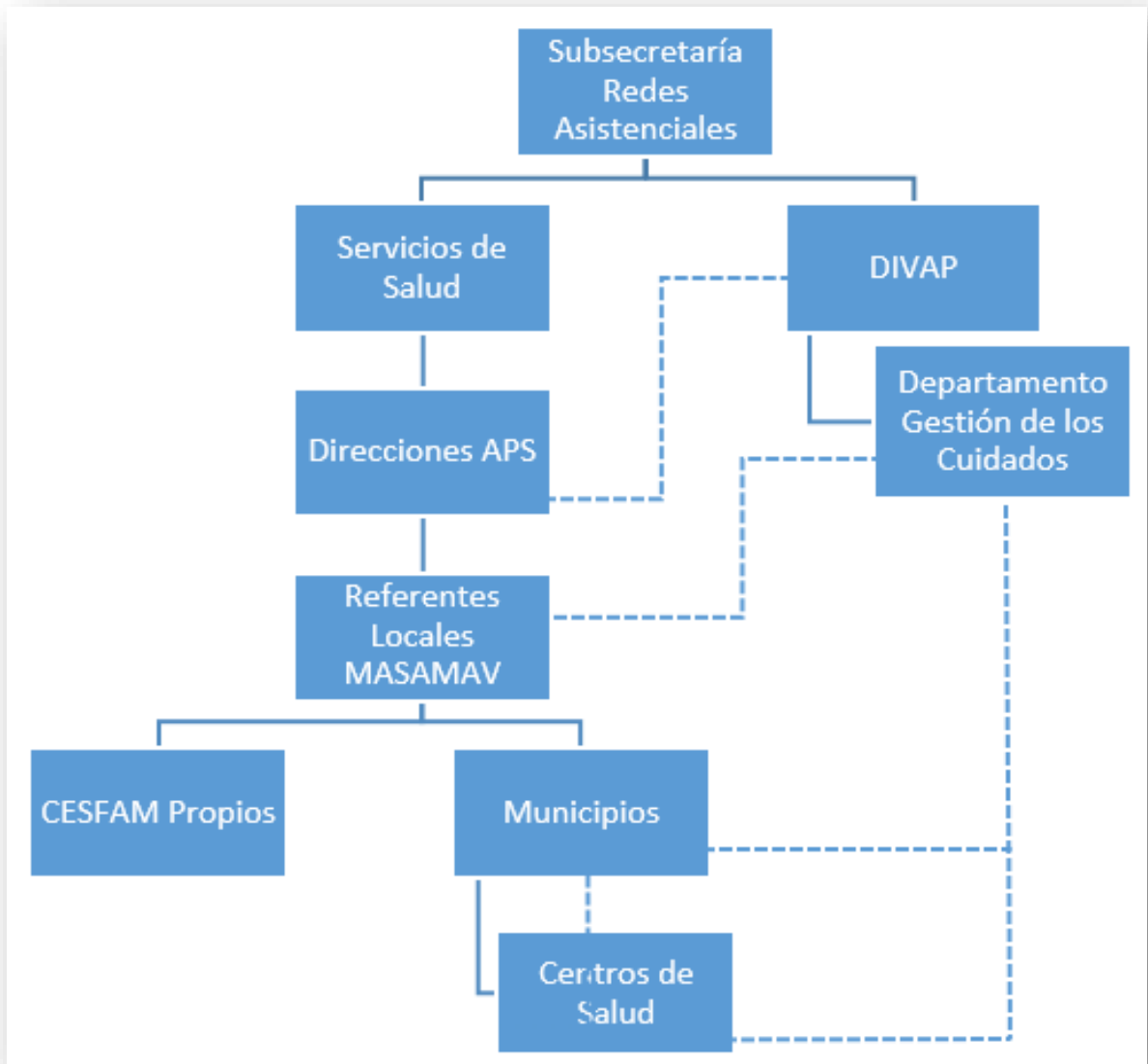


Fuente: Elaboración propia

En los Servicios de Salud, es la Dirección/Departamento de Atención Primaria, la responsable local de la ejecución del Programa.

A continuación, se muestra el organigrama funcional entre el nivel central, Servicios de Salud y nivel local (municipios y centros de salud).

Figura 11: Organigrama Funcional del programa interniveles



Fuente: Elaboración Propia
DIVAP: División de Atención Primaria del Minsal.
CESFAM: Centro de Salud Familiar

Descripción de Funciones por Nivel **Nivel Central / Ministerio de Salud**

En la División de Atención Primaria laboran 38 personas, de las cuales 8 se desempeñan en el Departamento responsable (Gestión de Cuidados), y una de ellas (profesional con jornada completa) es el referente del Programa, desempeñándose en labores del

Programa un 30% de su tiempo aproximadamente y el otro 70% en otros programas¹¹⁹. Toda la gestión formal se realiza a través de jefatura de la División, la que se relaciona directamente con las otras Divisiones del Ministerio, y, de manera indirecta, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales con los Servicios de Salud y otros organismos gubernamentales.

Funciones del Nivel Central (referente del Programa)

- Formular, diseñar y actualizar los documentos técnico normativos del Programa:
 - i. Resolución Exenta Anual del Programa
 - ii. Orientación Técnica del Programa para todos los equipos
 - iii. Manual de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa
 - iv. Otros
- Entregar la información disponible en forma oportuna a los Servicios de Salud y comunas cuando se requiera.
- Monitorizar en forma permanente el desarrollo del programa, mediante la solicitud de avances a los referentes de los Servicios de Salud.
- Entregar feedback a todos los niveles que lo requieren.
- Realizar Jornada Anual de evaluación y planificación.
- Evaluar el Programa de acuerdo a calendarización y contenidos expresados en los documentos oficiales.
- Solicitar y analizar Informes de cierre anual del Programa enviados por los Servicios de Salud, con el desarrollo final obtenido, dando cuenta del logro de los productos de ambos componentes.
- Solicitar planes de mejora a los servicios de salud, los que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y el propio Servicio de Salud, que corrijan las situaciones de incumplimiento del Programa.
- Participar de la formulación presupuestaria anual para continuidad y expansión.
- Realizar coordinación permanente con actores institucionales intraministeriales y extraministeriales.
- Reportar información de seguimiento para los Ministerios involucrados, Programa de Gobierno y otras.
- Programar y ejecutar actividades de apoyo técnico a referentes de Servicios de Salud.

Nivel Servicios de Salud

En cada Servicio de Salud existe un referente del Programa en las Direcciones / Departamentos de Atención Primaria; un total de 29 personas, con jornadas parciales destinadas al Programa¹²⁰.

¹¹⁹ Estos programas son: Atención de personas mayores en APS; Compromiso de Gestión N° 10; Cuidado Integral para personas Mayores; Atención preferente de personas mayores y con discapacidad; Comité Intersectorial de Gestión de Cupos ELEAM; Entrega de Fármacos y PACAM a domicilio; Más AM Autovalentes; Coordinación con SENAMA; Revisión Plan envejecimiento; Referencia para capacitación de equipos en APS; Piloto Resolutividad Musculoesquelética; Apoyo a Programa Dependencia Severa. Cabe señalar que este profesional no es reemplazado ante permisos ni vacaciones.

¹²⁰ No se cuenta con estimación de dedicación de sus jornadas a las labores del Programa.

Cuadro 39: Servicios de Salud del país. 2019

SERVICIO DE SALUD	
Arica	Del Maule
Iquique	Ñuble
Antofagasta	Concepción
Atacama	Arauco
Coquimbo	Talcahuano
Valparaíso San Antonio	Biobío
Viña del Mar Quillota	Araucanía Norte
Aconcagua	Araucanía Sur
Metropolitano Norte	Valdivia
Metropolitano Occidente	Osorno
Metropolitano Central	Del Reloncaví
Metropolitano Oriente	Chiloé
Metropolitano Sur	Aisén
Metropolitano Sur Oriente	Magallanes
Libertador B. O'Higgins	

Fuente: Elaboración Propia

Estos referentes realizan acompañamiento técnico y evaluación del programa, junto con otras actividades con los equipos de atención primaria que ejecutan el Programa.

Funciones referentes técnico SS ¹²¹

- Formular y firmar los convenios con las comunas.
- Velar por el adecuado desarrollo del programa en las comunas y establecimientos correspondientes a su servicio.
- Entregar la información disponible en forma oportuna al nivel central, comunas, establecimientos y equipos.
 - i. Entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales (Resolución Exenta del Programa, Orientación Técnica del Programa para todos los equipos y Manual de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa).
 - ii. Información respecto a aquellas comunas o establecimientos que hayan discontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordando que se debe promover la continuidad de la atención y el acceso de las personas mayores durante todo el año.
 - iii. Información del grado de desarrollo de los productos establecidos para ambos componentes para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa.

¹²¹ No se cuenta con información para afirmar que las funciones se cumplen de la misma manera en todos los servicios de salud.

- Realizar a lo menos una reunión anual de trabajo de toda la red de establecimientos y comunas del servicio de salud que desarrollan el Programa con participación de los profesionales ejecutores.
- Realizar monitoreo y acompañamiento técnico en forma permanente del desarrollo del Programa, con periodicidad mensual, mediante la solicitud de avances en el desarrollo del Programa a los directivos de las comunas y establecimientos beneficiarios y con el equipo.
- Solicitar y analizar a las comunas un Informe de cierre anual con el desarrollo final obtenido, que dé cuenta del logro de los productos de ambos componentes.
- Enviar información consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria en fechas determinadas por nivel central¹²².
- Favorecer el desarrollo de la red local del Programa, mediante reuniones de trabajo trimestrales que consideren actividades participativas, de capacitación y fortalecimiento del desarrollo del programa para las duplas profesionales y los equipos de los establecimientos beneficiarios.
- Realizar acciones de coordinación intersectorial, con entidades vinculadas a población mayor de 60 años, en pro de potenciar el trabajo coordinado en el territorio de los diferentes actores¹²³.
- Solicitar planes de mejora a las comunas, las que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas.
- Presentar propuestas para redistribución de recursos asignados al Programa de las comunas de su jurisdicción a la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, debiendo contar con su autorización para implementar los cambios propuestos.
- Supervisar y presentar las observaciones e indicaciones ante irregularidades en el ámbito de contratación de profesionales del Programa.

Funciones Nivel Municipal

Dentro de los municipios son los Departamentos de Salud o las Áreas de Salud e las Corporaciones Municipales los encargados de realizar las siguientes funciones. En algunos municipios existe la figura de un coordinador local para el Programa, que hace de enlace con el referente del servicio de Salud y las duplas de profesionales del Programa¹²⁴.

- Firmar convenios correspondientes con el Servicio de Salud.
- Realizar la contratación o renovación de contratos de las duplas profesionales.
- Informar del cierre anual del Programa en un informe final, que dé cuenta del logro de los productos de ambos componentes.

Nivel Local

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes como programa de reforzamiento, contempla la incorporación de una dupla profesional destinada al trabajo promocional y

¹²² Informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para ambos componentes para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte.

¹²³ Entre ellos SENAMA, MIDESOyF, IND, y servicios locales relacionados, etc.

¹²⁴ No existe información respecto de cuántas y cuáles son las comunas con este tipo de personal.

preventivo con personas mayores, en los equipos de salud de atención primaria, la cual es contratada por cada municipio. Esta dupla profesional está formada por 2 profesionales de la salud en jornada de 44 horas semanales: Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional u otro Profesional de Salud capacitado. Según las entrevistas realizadas, esta dupla ocupa aproximadamente un 20% de dicho tiempo en labores administrativas.

El contrato debe ser para todo el año, sin embargo, dado que existe ambigüedad en las normas técnicas en donde se señala que el convenio tiene vigencia desde que es firmado por ambas partes (habitualmente marzo) y también que las actividades deben desarrollarse de manera ininterrumpida de enero a diciembre, se han dado casos en que las duplas no tienen continuidad en enero y/o febrero. Por otra parte, dado que el Programa no entrega recursos para el reemplazo en las vacaciones de estos profesionales se produce una contradicción con las Orientaciones Técnicas (OOTT) que señalan que las sesiones/talleres mixtos deben ser realizados en conjunto con ambos profesionales, generándose la situación de disminución de la producción en vacaciones o una producción dada por un solo profesional.

En 2019 había 238 comunas en el Programa, con 1911 centros de salud (postas rurales, centros de salud rurales, centros de salud familiar, hospitales comunitarios), con un total de 934 profesionales a nivel país.

Cuadro 40: Estimación de Nº de duplas. 2016 – 2019 ¹²⁵

Año	Población Esperada a atender Informada por Programa	Duplas estimadas
2016	221.761	328
2017	201.528	298
2018	207.605	385
2019	220.243	409

Fuente: Elaboración Propia

Evaluación

Hay una muy clara definición/asignación de funciones en todos los niveles involucrados. El Programa cuenta con adecuada documentación que describe claramente las etapas, actividades, productos e indicadores: Orientaciones Técnicas (OOTT), Manual para el desarrollo técnico de las actividades, Resoluciones que aprueban anualmente la ejecución del Programa. No obstante, dado que tanto las OOTT como el manual son de 2015, las funciones de los diferentes niveles (Servicios de Salud, Municipios y duplas) solo se actualizan a través de las resoluciones anuales¹²⁶.

Las orientaciones técnicas y el manual técnico, respecto del componente 2, contienen afirmaciones que no se acompañan de explicitaciones que permitan entender sus alcances y formas de ejecutar las actividades involucradas. A continuación, se señalan algunos ejemplos:

- “Procurar que la red permita la participación de las personas mayores”.

¹²⁵ La población objetivo se determinó como la población exigida a ingresar, que presentaba un cálculo erróneo en términos de programación del recurso humano, el que se ha intentado corregir disminuyendo la población comprometida de 675 ingresos por dupla (2016-2017) a 538 (2018-2019). Fuente: Programa.

¹²⁶ El equipo MINSAL informa que se encuentra en elaboración la nueva versión de las OOTT.

- “Estrategias para dar continuidad en el hogar, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con el reforzamiento de los contenidos tratados en los tres talleres”.
- “Seguimiento en comunidad y/o domicilio una vez egresado del componente 1”.
- “Formulación del “Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo” con validación de “las propuestas presentadas y en acuerdo en los contenidos y líneas de trabajo””.
- “Formulación de “Planes Intersectoriales anualmente entre Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo””.

Tanto en la ejecución del componente 1 (talleres de autocuidado) como en el componente 2 (capacitación de líderes comunitarios) el Programa cuenta con la participación de otros profesionales del equipo de salud (matrón/a, odontólogo/a, enfermera/o, nutricionista, etc.) y de otras personas del intersector o servicios locales, que enriquecen el desarrollo del Programa.

El contrato de la dupla profesional debe ser para todo el año, sin embargo, dado que existe ambigüedad en las resoluciones de apertura del Programa, en donde se señala que “el convenio tiene vigencia desde que es firmado por ambas partes” (habitualmente marzo) y también que las actividades deben desarrollarse de manera “ininterrumpida de enero a diciembre”, se han dado casos en que las duplas no tienen continuidad en enero y/o febrero. El Programa no entrega recursos para el reemplazo en las vacaciones de los profesionales. Se produce una contradicción con las OOTT que señalan que las sesiones/talleres mixtos deben ser realizados en conjunto con ambos profesionales, generándose la situación de disminución de la producción en vacaciones o una producción dada por un solo profesional. Además, el Programa declara que el taller debe ser *“desarrollado por ambos profesionales, quienes actuarán de facilitador principal y colaborador según la actividad desarrollada, debiendo permanecer presentes y participando durante todo el desarrollo de la sesión mixta y estar atentos ante las dificultades de las personas mayores que participan, relacionadas con la comprensión, ejecución o con descompensaciones físicas, cognitivas o emocionales”*. Sin embargo, esta indicación, que apunta a la inter o transdisciplinariedad, no se ejecuta en el período de vacaciones de los profesionales contratados, en que, para no dejar de hacer los talleres, se siguen realizando, pero por un solo profesional.

Las colaboraciones de otros profesionales (del centro de salud, de servicios de salud, de otras instituciones, de Servicios Locales) no son registradas de manera sistemática ni tampoco económicamente valorizadas como un aporte externo al Programa.¹²⁷

Dada la gran cantidad de funciones que deben ser desarrolladas por el nivel central, se aprecia como insuficiente la dotación de personal para estas coordinaciones, ya que se cuenta con un solo profesional para realizar la gestión global nacional del Programa (referente), el cual además no es reemplazado en caso de permisos y vacaciones.

¹²⁷ Las colaboraciones de otros miembros del equipo del centro de salud podrían ser entendidas como que forman parte de las prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar, sin embargo, esto no corresponde para un programa de este tipo, de Reforzamiento de APS.

Cabe señalar que no se cuenta con un formato estandarizado para la redacción de los convenios entre los SS y los municipios u otras entidades ejecutoras, lo cual afecta la operación homogénea de la intervención

Mecanismos de Coordinación

Los mecanismos de coordinación al interior del nivel central suponen un liderazgo técnico desde el Departamento de Gestión de los Cuidados, con una línea de carácter financiero apoyada por el Departamento de Gestión Financiera.

La función de coordinación se realiza a través de los siguientes medios de comunicación: manual, correos electrónicos, whatsapp, por vía telefónica y de manera presencial.

La coordinación con los referentes de los Servicios de Salud utiliza los medios señalados anteriormente e implica una relación permanente para resolver inquietudes relacionadas con la ejecución del Programa que constituyen excepciones a las orientaciones técnicas, flujogramas, etc., establecidos por el nivel central, así como también para resolver u obtener respaldo oficial excepcionalmente para el gasto de recursos no contemplados en las resoluciones o para realizar redistribuciones dentro de las comunas de un Servicio¹²⁸. Otra área de coordinación es la petición de nombramiento de referentes a jefes de APS y la resolución de problemas generados por el despido de profesionales.

Una instancia de coordinación valiosa es la Jornada Nacional realizada anualmente según lo planificado, la cual es organizada por el referente del nivel central y a la cual asisten los referentes de los SS y profesionales de duplas definidas por las comunas invitadas por el nivel central. En estas jornadas:

- ✓ se generan acuerdos técnicos y operativos relevantes que quedan plasmados en las resoluciones exentas de cada año
- ✓ Se comparten experiencias de desarrollo local que visibilizan la diversidad, heterogeneidad e idiosincrasia de los programas a nivel local

Cada establecimiento de APS que desarrolle el Programa debe facilitar la integración de la estrategia dentro de la cartera de prestaciones asociadas a la atención de la población mayor. Para lograr lo anterior resultan fundamentales las actividades de difusión y coordinación al interior del Centro de Salud y la integración de la dupla del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes al equipo de salud del establecimiento. Se espera que cada dupla pueda participar en las reuniones de sector, estudios de familias, reuniones clínicas o actividades afines al abordaje integral de las personas mayores en la APS y a la territorialización de la promoción y prevención de salud con personas mayores. Resulta crucial la coordinación en el centro de salud para la realización de Examen de Medicina Preventiva y Controles en el programa Cardiovascular.

En relación a la gestión y coordinación con políticas y programas relacionados, cabe destacar que ésta se da a dos niveles: Ministerio de Salud y otros Organismos Gubernamentales.

¹²⁸ No existe registro sistematizado de estas situaciones excepcionales.

Cuadro 41: Políticas y Programas relacionados al Programa MASAMAV en el MINSAL. 2019

Ministerio / Organismo	Políticas /Programas	Descripción	Complementariedad(a) / Coordinación	Duplicidades
Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública / SEREMI Salud	Elige Vivir Sano	<p><i>Política de Estado en Promoción de la Salud, al institucionalizar una plataforma de trabajo intersectorial para el cumplimiento de la Estrategia Nacional de Salud. C, carta de navegación que establece las prioridades sanitarias al año 2020, donde los éxitos de sus resultados esperados dependen en gran medida de la articulación de la política sanitaria con otras políticas públicas del Estado al considerar la influencia de los determinantes sociales de la salud en el proceso salud – enfermedad. Las nuevas actividades enmarcadas en el Elige Vivir Sano, deben referirse al “Sistema Elige Vivir Sano” tal como lo señala la Ley 20.670. En este sentido, no se debe hablar de “Programa”, puesto que en estricto rigor es un sistema intersectorial del que son parte todos las políticas, planes y programas del estado que comparten como propósito los pilares del sistema.</i></p> <p>https://www.minsal.cl/promocion_participacion_evs/</p>	<p>Hay total complementariedad, sobre todo en el aspecto de prevención en salud. Por diseño, esta política fomenta la coordinación entre instituciones dentro del MINSAL como con otras entidades.</p>	<p>No se detectan puesto que es una política pública que apunta a que distintas entidades aporten en la temática de Vivir Sano. Las páginas WEB del MINSAL y de otras entidades no entregan mayores antecedentes de su ejecución.</p>
Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales	Programa Nacional de las Personas Adultas Mayores	<p><i>Programa Nacional de las Personas Adultas Mayores: Tiene como visión que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención, asegurando de este modo una buena calidad de vida. Se realiza la medición de la funcionalidad como un examen universal: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable. A partir de esta medición, donde cada</i></p>	<p>Hay total complementariedad. Debe considerarse que, por ejemplo, el EMPAM es uno de los requisitos para ingresar al programa MASAMAV. Por diseño la coordinación debiera darse entre estos programas.</p>	<p>No se detectan</p>

Ministerio / Organismo	Políticas /Programas	Descripción	Complementariedad(a) / Coordinación	Duplicidades
		<p><i>participante, es clasificado según riesgo de perder la funcionalidad, se implementan acciones, netamente preventivas, de tratamiento o rehabilitadoras. Acciones que pueden referirse al riesgo cardiovascular, a la salud mental o al ámbito osteo articular. Crucial para las personas mayores es contar con buenas redes de apoyo. No siempre se da esto. Y aquí también es necesario detectar los riesgos de una débil red de apoyo o simplemente la existencia de maltrato.</i></p> <p>https://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/</p>		
	Programa de Salud Cardiovascular – PSCV	<p><i>Busca reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en APS, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida de estas personas.</i></p> <p>http://famiarycomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2018/05/Programa-de-salud-cardiovascular.-MINSAL-Chile-2017.pdf</p>	Existe complementariedad en el abordaje de la prevención en los factores de riesgo cardiovasculares. Como en otros programas del MINSAL destinados a abordar aspectos curativos o similares, los talleres del componente 1 y 2 del MASAMAV debieran atender estos aspectos.	No se detectan

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 42: Políticas y Programas relacionados al Programa MAMAV. 2019

Ministerio/Organismo	Políticas /Programas	Descripción	Complementariedad (a) / Coordinación	Duplicidades
Ministerio de Desarrollo Social y Familia Servicio Nacional de Adultos Mayores – SENAMA	Programa Envejecimiento Activo	<p><i>Busca contribuir al envejecimiento activo de personas mayores en situación de vulnerabilidad social, proporcionando conocimientos y oportunidades para el desarrollo personal, cognitivo, biológico, físico y de participación social, para lo cual se requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables, que aporten a la calidad de vida y retrasen los niveles de dependencia. El programa se divide en tres componentes: Talleres para fortalecer habilidades en la vejez, y Jornadas y Seminarios para fortalecer habilidades en la vejez, y Espacio Mayor, con el propósito de contribuir al envejecimiento activo de las personas mayores, estas líneas de trabajo proporcionan conocimientos y oportunidades para el desarrollo personal de las personas mayores, además brinda oportunidades de acceso a la cultura, recreación y esparcimiento. Lo anterior, se materializa a través de la participación de personas mayores en talleres, encuentros, jornadas, seminarios, actividades de recreación y cultura. Fuente: SENAMA http://www.senama.gob.cl/</i></p>	<p>Existe complementariedad en la medida que aborda la prevención y promoción.</p> <p>No se tiene antecedentes de coordinaciones entre ambos programas. Al menos, a nivel nacional no existe algún documento que haga referencia al respecto. Es posible que, en alguno de los 29 SS, si este programa de SENAME existe, pudiera darse esta coordinación, sobre todo, a nivel del Componente 2.</p>	<p>No se detectan en la medida que la página de SENAMA no informa mayores antecedentes de lo que realizan en la práctica, ni tampoco señalan dónde se desarrolla el programa.</p> <p>Por su parte, MASAMAV tampoco informó si SENAMA está presente con este programa en los territorios de su ejecución.</p>
	Programa Vínculos	<p><i>Entrega acompañamiento continuo para las personas mayores de 65 años que ingresan al nuevo Subsistema de Seguridades y Oportunidades, entregándoles herramientas psicosociales que permitan fortalecer su identidad, autonomía y sentido de pertenencia. Tiene 4 componentes</i></p>	<p>Es complementario en la medida que aborda la prevención y promoción. De todos sus componentes tiene relación con el programa el Acompañamiento Psicosocial</p>	<p>No hay una duplicidad en las acciones. Lo que hace Vínculos es más bien acompañar de forma individual a sus beneficiarios, con equipos profesionales no</p>

Ministerio/Organismo	Políticas /Programas	Descripción	Complementariedad (a) / Coordinación	Duplicidades
		<p>Acompañamiento Psicosocial (APS): Proceso de acompañamiento a cargo de un Monitor Comunitario, que considera sesiones individuales y grupales. análisis de la Matriz de Bienestar¹⁰.</p> <p>Acompañamiento Socio laboral (ASL): Busca fortalecer actividades básicas de la vida diaria (AVD) e instrumentales (AVDI), teniendo como propósito desarrollar una o más áreas de desempeño ocupacional.</p> <p>Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales: 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.</p> <p>Bonos y Transferencias Monetarias transitorias mientras dura el programa (24 meses). Capablanca Ltda (2018). Evaluación Programa de http://www.dipres.gob.cl/597/articles-187243_informe_final.pdf</p>	<p>y la Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales. El psicosocial está dirigido por Monitores que realizan más bien un acompañamiento de las personas mayores, pero no tienen mayores competencias técnicas si se les compara con la dupla del MASAMAV.</p> <p>La Gestión de Prestaciones Sociales podría vincularse al Componente 2.</p> <p>La evaluación de Vínculos señaló que es un programa que no tiene coordinaciones formales ni sistemáticas con ninguna otra entidad. Visto desde el MASAMAV, la falta de coordinación es una debilidad del programa</p>	<p>especializados.</p>

Ministerio/Organismo	Políticas /Programas	Descripción	Complementariedad (a) / Coordinación	Duplicidades
	Buen Trato al Adulto Mayor	<i>Son capacitaciones, talleres y seminarios destinados a promover el buen trato a la persona mayor, mediante acciones de prevención del maltrato que afecta a las personas de la tercera edad. Esta iniciativa brinda también asesorías, gestión y coordinación de casos y consultas de maltrato que los afecten, junto a las redes locales territoriales. Se enfoca especialmente en casos de violencia intrafamiliar que ingresan a SENAMA, en coordinación con los dispositivos y actores locales como Centros de Salud Familiar, CESFAM, consultorios de atención primaria, departamentos sociales y/u Oficinas Comunales del Adulto Mayor de las Municipalidad, SERNAM y Programa de Apoyo Víctimas Delitos Violentos, entre otros. Fuente: SENAMA http://www.senama.gob.cl/</i>	Existe complementariedad en cuanto aborda el maltrato en la Personas Mayores. Se recomienda coordinación para difusión del Programa, reclutamiento de personas mayores, la eventual derivación de personas mayores que sufren violencia y que detecte el MASAMAV. Por último, la red de organizaciones del Componente 2 podría ayudar al programa del SENAME, como una de sus tareas de potenciamiento de la red local de apoyo a las Personas Mayores,	No existe duplicidad al tratar este programa una temática específica y especializada como es el Buen Trato.
Ministerio del Deporte	Política Nacional	<i>Fomentar la práctica sistemática y permanente de actividad física y deporte orientada al juego, la recreación, el desarrollo integral y la mejora de la calidad de vida de la población adulta y adulta mayor.</i>	Hay total complementariedad por cuanto aborda los aspectos del acondicionamiento físico de las Personas Mayores. No se realizan coordinaciones formales ni sistemáticas tal como ocurre con los otros programas anteriormente citados. .	No se detectan. La pág WEB de este Ministerio no entrega mayores antecedentes de esta política.

Fuente: Elaboración propia

Evaluación

La coordinación es una función central del Programa y ha permitido el adecuado desarrollo y resultados del Programa. Sin embargo, al rastrear programas que atienden a personas mayores, no se detectó ninguna coordinación formalmente establecida. Por esto, queda mucho espacio para mejorar en esta función, y así alcanzar el mayor impacto potencial del programa, sobre todo el asociado al componente 2.

Se observa, además, pocos mecanismos de coordinación formales entre el Programa y los equipos involucrados en la ejecución de los diversos programas de salud que trabajan mayoritaria o prioritariamente con adultos mayores al interior de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y con la Subsecretaría de Salud Pública. De acuerdo a las entrevistas realizadas, aquí también se da una tendencia al trabajo parcelado que se ve reforzado por la falta de instancias formales de coordinación permanente (reuniones inter programas, inter departamentos, inter divisiones programadas mensuales/trimestrales/semestrales) que permitan dar mayor integralidad al diseño de las acciones y permitir llegar de mejor manera a los niveles locales. El área de personas mayores en la División de Atención Primaria (DIVAP) debe asumir el liderazgo en esta función.

C. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

El presupuesto del programa MASAMAV se encuentra regulado en la Ley de Presupuestos del Sector Público, Partida 16 “Ministerio de Salud”, capítulo 02 “Fondo Nacional de Salud”, Programa 02 “Programa de Atención Primaria”.

Existen 2 vías de traspaso de recursos APS descritos en la Ley, en las glosas 01 y 02, asociadas al subtítulo 24, Transferencias Corrientes.

La Glosa 01 establece el monto de recursos destinados al financiamiento de la atención primaria en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud (SS), así como de las prestaciones otorgadas en el marco de los convenios DFL N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980.

Para el año 2020, la Glosa 01 contempla recursos por un total de hasta \$223.283.879 miles y exige el planteamiento de “los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación” (Ley de Presupuestos año 2020, Programa de Atención Primaria).

La Glosa 02 establece un monto de recursos destinados al financiamiento de establecimientos de dependencia municipal. Para el año 2020, la Glosa 02 considera un total de \$1.769.801.890 miles para la aplicación de la Ley N°19.378, que establece el estatuto de atención primaria de salud municipal. Como se observa, el presupuesto destinado al financiamiento de APS Municipal es sustancialmente mayor al presupuesto que es destinado a establecimientos de dependencia SS (casi 8 veces mayor), reflejo del mayor número de establecimientos de dependencia municipal que atienden la salud primaria en el país.

Los recursos transferidos a los establecimientos de dependencia SS (Glosa 01) son normados por medio de una Resolución Exenta (RE), mientras que los recursos

transferidos a los establecimientos de dependencia municipal (Glosa 02) son regulados por medio de un convenio entre el SS y el municipio.

MASAMAV, que forma parte del programa presupuestario Atención Primaria, se financia con los recursos contemplados en las Glosas 01 y 02, respetando los instrumentos de regulación específicos que se plantean en la distribución APS (resolución o convenio según el establecimiento) y los mecanismos de pago APS. Los instrumentos y mecanismos asociados a cada Glosa (y tipo de establecimiento APS) se describen en el cuadro siguiente.

Cuadro 43: Financiamiento APS

	APS dependiente de Servicios de Salud	APS de dependencia Municipal
Mecanismos de pago	<ul style="list-style-type: none"> • Prospectivo por prestación (Programas de salud) • Presupuestos históricos 	<ul style="list-style-type: none"> • Per cápita. ley n° 19.378 art. 49 • Pago prospectivo por prestación (Programas de reforzamiento). Ley N° 19.378 art. 56.
Requerimientos Ley de Presupuestos	<p>Glosa 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Programa ministerial de acciones sanitarias aprobado por resolución ii. Oficio ministerial de distribución de recursos. iii. Resolución del servicio de salud que aprueba convenio. 	<p>Glosa 02:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Programa ministerial de acciones sanitarias aprobado por resolución. ii. Resolución Ministerial que aprueba dicho Programa iii. Resolución Ministerial que distribuye los recursos a nivel de Servicios de Salud iv. Convenio suscrito entre Servicio de Salud y municipio v. Resolución del Servicio de Salud que aprueba convenio.

Fuente: Elaboración propia en base a documento producido por la División de Atención Primaria “Eje gestión de recursos financieros en atención primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales”

Como se observa en el cuadro anterior, existen dos mecanismos de pago utilizados en el financiamiento APS de dependencia SS: Pago prospectivo por prestación y presupuestos históricos. En el caso de los establecimientos de dependencia municipal, los recursos son asignados siguiendo el criterio de pago per cápita y pago prospectivo por prestación (regulados por la ley N° 19.378).

Debido a que la mayor parte de los recursos APS son transferidos a establecimientos de dependencia municipal, se pone especial énfasis en el análisis los mecanismos e instrumentos que regulan dicho grupo.

El pago per cápita es un mecanismo de financiamiento que paga una tarifa estipulada por el Ministerio de Salud (de acuerdo a la población beneficiaria) en función de una canasta de prestaciones preestablecida conocida como “Plan de Salud Familiar”. A partir de ésta, se determina un “per cápita basal” sobre el cual se imputan incrementos determinados en la ley N° 19.378 por medio del uso de los conocidos “indexadores”. Es decir, este mecanismo opera en base a una planificación presupuestaria centralizada, condicionada por la población beneficiaria y por una serie de ajustes que corrigen por diferencias en el nivel socioeconómico de la población, prestaciones programadas en los establecimientos,

condición de ruralidad y dificultad para entregar y acceder las prestaciones de salud, y prestaciones efectivamente entregadas en los establecimientos municipales¹²⁹

El pago prospectivo por prestación corresponde a los aportes que se imparten con posterioridad y que impliquen un mayor gasto para la entidad administradora de salud municipal (es decir, que requieren otras acciones distintas a aquellas que se encuentran consideradas en el Plan de Salud Familiar de la APS). Éste es el principal mecanismo que se utiliza en el caso del MASAMAV, que opera como un programa de reforzamiento.

Respecto a los instrumentos que regulan la transferencia de recursos a los establecimientos APS (especialmente municipal), se puede observar que existe una variedad importante de ellos, los cuales se encadenan secuencialmente en el orden descrito en el cuadro. MASAMAV, siendo parte de este programa presupuestario, adhiere a las indicaciones planteadas por Ley y produce los instrumentos de manera acorde, los cuales fueron revisados por el Panel, para evaluar en éstos los criterios de asignación de recursos.

El primer instrumento, resolución Ministerial que aprueba el MASAMAV, plantea todos los estándares que regulan el funcionamiento del programa, incluyendo el esquema de financiamiento. El documento plantea que la transferencia de recursos del programa - tanto a establecimientos de dependencia SS como de dependencia municipal - es realizada por los SS (en la forma de transferencias corrientes) en 2 cuotas, y está condicionada por: i) El estado de avance en la tramitación del acto aprobatorio (primera cuota) y ii) Los resultados de la evaluación sobre el cumplimiento de metas del programa (segunda cuota).

Según la RE, un 70% de los fondos son entregados a los establecimientos a la total tramitación del acto aprobatorio. El 30% restante de los recursos, es entregado en base a una escala de cumplimiento de metas mínimo predefinida a nivel central. Esta escala establece una correlación inversa, por rangos, entre el cumplimiento de metas del programa y una “tasa de descuento” (o penalización) en la entrega de la segunda cuota. Esta escala se muestra a continuación:

Cuadro 44 Escala de asignación de recursos a SS, segunda cuota

Requisito mínimo cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

Fuente: Resoluciones Exentas que aprueba el programa MINSAL

¹²⁹ Ministerio de Salud. **Financiamiento de la atención primaria de salud municipal. Evaluación de indexadores del per cápita basal.** Subsecretaría de redes asistenciales, División de atención primaria.

De este modo, por ejemplo, si el porcentaje de cumplimiento de metas del programa es mayor o igual a un 60%, se entrega la segunda cuota (30%) en su totalidad. Si el porcentaje de cumplimiento es menor a un 30%, no se entrega la segunda cuota. El Panel evalúa positivamente que, al menos teóricamente, una parte de los recursos entregados esté sujeto a un criterio de cumplimiento de metas, ya que ofrece un incentivo económico explícito y claro para llevar a cabo las actividades del programa en la forma y plazos definidos por el programa. Sin embargo, según se ha informado al Panel, a la fecha el Programa nunca ha descontado el pago de la segunda cuota a un establecimiento (con los SS de intermediarios), lo cual lleva a cuestionarse sobre la aplicación de este mecanismo. En efecto, si el requisito mínimo de cumplimiento de metas es demasiado fácil de alcanzar, no será útil el incentivo económico planteado por el Programa (Ver punto D a continuación sobre el monitoreo de metas).

Respecto al uso de los recursos asignados el Programa detalla, en sus orientaciones técnicas (formalizadas en Programa ministerial de acciones sanitarias aprobado por resolución) en qué podrán ser empleados los recursos entregados a los establecimientos de dependencia municipal, distinguiendo entre 4 ítems de gasto: recursos humanos, capacitación, insumos y movilización. Por ejemplo, en la RE del 2020, el Programa establece que bajo el ítem Recursos Humanos podrá solo financiarse la contratación de las duplas profesionales compuestas por un kinesiólogo y terapeuta ocupacional, “u otro profesional de salud capacitado” siempre y cuando se demuestre que no hay disponibilidad de los RRHH señalados. Un nivel de detalle similar o mayor se emplea para describir los usos permitidos bajo los otros ítems de gasto.

El caso de los establecimientos de dependencia SS es muy distinto, ya que solo se exige que los gastos sean imputados a los Subtítulos 21, 22 o 29 de los SS, sin necesariamente acoger las categorías de gasto definidas por el programa. Mientras el Subtítulo 21 acoge solo los gastos de contratación de RRHH en los SS, bajo el Subt. 22 se agrupan todos los gastos asociados a capacitación, insumos y capacitación sin posibilidad de distinguir entre ellos.

El Panel evalúa positivamente la categorización de ítems de gasto en un instrumento de esta naturaleza, que permite la estandarización de los criterios de asignación en establecimientos de salud altamente heterogéneos, pero cuestiona que éstos no sean también acogidos por los establecimientos de dependencia SS.

Cada SS debe velar por el correcto uso de los recursos del Programa según éste define y tiene la posibilidad de solicitar modificaciones en la asignación de los recursos destinados a materiales, en consideración de brechas de equidad y criterios técnicos “que incidan en el otorgamiento de las prestaciones del programa y que permitan el logro de sus objetivos”¹³⁰. Estas modificaciones son aprobadas por la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. En ese sentido, existe algún nivel de flexibilidad respecto al uso de los recursos asignados, siempre y cuando se respete la estructura original de gasto definida, y de acuerdo a un criterio de modificación claramente establecido. El Panel evalúa positivamente este criterio de asignación, ya que dificulta la existencia de reasignaciones injustificadas y arbitrarias de los recursos.

¹³⁰ RE del programa en todos los años.

En segundo lugar, el monto específico de recursos destinados a MASAMAV, en las Glosas 01 y 02, se regula por medio de la RE que aprueba la distribución de recursos, diferenciando por servicio de salud y por subtítulo (24, 21, 22). En base a estas categorías de asignación es que el Programa hace un seguimiento de sus recursos y representa el nivel de gasto más desagregado disponible.

Respecto a la planificación presupuestaria del programa y los criterios utilizados para distribuir los recursos entre regiones y establecimientos de salud (tal como se resumen en las RE señaladas) el Panel ha podido constatar que existe amplia información sobre esta planificación en las memorias de cálculo del MASAMAV, pero éstas solo son de uso interno y no ofrecen un instrumento de seguimiento formal y adecuado de la planificación por parte de terceros.

En general, se observa que el MASAMAV realiza su planificación presupuestaria anual en base al costo estimado de operación de las duplas profesionales en los establecimientos, distinguiendo entre: i) “Continuidad”: asociado a los establecimientos que implementaron el programa el año anterior a la planificación presupuestaria (registro histórico), y ii) “Expansión”: asociado a nuevos establecimientos o comunas que ingresan al programa en base a 2 criterios de selección centrales¹³¹. Estas denominaciones, “Continuidad” y “Expansión” son utilizadas para planificar separadamente el presupuesto y, en ocasiones, resultan también en una tramitación parcelada de éste¹³².

En el caso de los establecimientos de dependencia municipal, el costo de operación por dupla se calcula en base a un monto fijo de recursos para su contratación, así como un monto de recursos (igualmente fijo) asignado para capacitación, insumos y movilización. Esto se puede entender como una “canasta” de productos/ servicios ofrecidos a cada uno de los establecimientos de este tipo. En el caso de los establecimientos de dependencia SS, el programa asigna igualmente un monto fijo, por dupla profesional, para los ítems capacitación, movilización e insumos (todos de cargo al Subtítulo 22), pero el monto destinado a la contratación de recursos humanos (de cargo a Subtítulo 21) varía entre SS.

Como se ha indicado previamente, las memorias son la única fuente de información desagregada respecto al presupuesto del programa y los estándares empleados por éste en la elaboración de su presupuesto. Por ejemplo, las memorias contienen el detalle de los valores unitarios de RRHH, insumos, capacitación y movilización asignados a cada dupla profesional o establecimiento en operación, utilizados en la evaluación sobre los niveles de eficiencia en el uso de recursos intra-programa del MASAMAV en secciones previas. Sin embargo, el origen de la mayoría de estos valores carece de clarificación, y es posible que solo sea conocido por el referente nacional del programa. El Panel

¹³¹ i) Población inscrita por establecimiento: Se exige que el establecimiento tenga una población inscrita mínima para participar del programa (Por ejemplo, en el año 2016 se expandió el programa a aquellos establecimientos que incrementaron su población a 20.000 personas inscritas), ii) Población inscrita por comuna (“criterio de vulnerabilidad”): Hay establecimientos que no cumplen con el requisito anterior, pero que son atendidas por el programa debido a que pertenecen a una comuna entendida como “vulnerable” (Por ejemplo, en el año 2016, se expande el programa a establecimientos que pertenecen comunas con 23.900 o más personas inscritas). Hasta un tercer criterio ha sido propuesto en esta lógica, cuando los requisitos anteriores no han sido suficientes (por ejemplo, en el año 2017, se expandió el programa a comunas cuenten con una población inscrita validada 1.600 o más adultos mayores).

¹³² Por ejemplo, como se ha indicado, en el año 2018 el presupuesto del programa fue primero aprobado en su componente de “Continuidad” y luego sujeto a modificación presupuestaria para incorporar la “Expansión” de éste a nuevos establecimientos.

considera que sería de gran valor sistematizar esta información en documentos/instrumentos de fácil y oportuno acceso por parte de referentes técnicos, evaluadores, entre otros, tal como sería visibilizada la valorización de una canasta de prestaciones predeterminada.

En tercer lugar, se encuentran los convenios suscritos entre los servicios de salud y los municipios, en los cuales se comprometen los recursos específicos para los establecimientos de dependencia del municipio en cuestión. Para efectos de pronunciarse respecto a la pertinencia de estos instrumentos en la gestión de los recursos del MASAMAV, se revisaron 3 convenios suscritos en el año 2019 entre: i) Municipalidad de Quintero y el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, ii) Municipalidad de Providencia y Servicio de Salud Metropolitano Oriente, y iii) Municipalidad de Coquimbo y Servicio de Salud Coquimbo.

Los convenios suscritos entre los SS y los municipios revisados contemplan una serie de aspectos relativamente estandarizados que detallan, además de los aspectos formales propios de un convenio, el contexto en el que el convenio es firmado, descripción de las estrategias de intervención (por componente) y principales compromisos del Municipio con el SS, en línea con las orientaciones que define el programa ministerial aprobado por resolución. Entre estos compromisos se incluye: Compromiso de cumplir objetivos definidos por el programa, de guiarse por indicadores estándar definidos y de ingresar al programa un número de beneficiarios mínimo por dupla, según se establezca en las metas anuales del MASAMAV (Cuadro 38). Así, los convenios ofrecen una oportunidad para reforzar los mecanismos de evaluación y seguimiento, asegurando que éste sea respetado en todos los establecimientos que reciben recursos.

Adicionalmente, los convenios detallan el monto anual específico asignado al municipio, en ocasiones distinguiendo por ítem de gasto, a saber: RRHH, insumos y capacitación, movilización. Llama la atención que, siendo ésta una definición abordada de manera explícita en la RE que aprueba el MASAMAV, no sea abordada en todos los convenios revisados. Entendiendo que es esperable que los instrumentos de aplicación local tengan cierto nivel de heterogeneidad en su presentación, se considera relevante establecer un estándar de convenio mínimo que permita, entre otras cosas, acceder a información sobre distribución de recursos dentro de los municipios en términos de los ítems planteados por el programa. Como se ha descrito en secciones previas, esta información, de encontrarse sistematizada, sería de gran utilidad para conocer la distribución de los gastos del programa en el ejercicio local. Adicionalmente, es cuestionable que, a juicio del Panel, existiendo información respecto a los recursos comprometidos dentro de los establecimientos en cada uno de los ítems de dependencia municipal, no existan medios para verificar su uso efectivo de manera desagregada, sino que se reporte el uso de recursos como una gran canasta de gasto bajo el Subtítulo 24.

A juicio del Panel, los convenios descritos son un instrumento adecuado para normar la transferencia de recursos entre los SS y los Municipios, ya que comprometen formalmente al Municipio a disponer de los recursos asignados según lo establecido y lo vincula al cumplimiento de metas específicas y bien definidas que, tal como plantea el programa ministerial, podría conllevar una reliquidación de los recursos asignados en caso de no cumplimiento.

Por último, se debe mencionar que en ninguno de los instrumentos revisados se hace mención (en la forma de una instrucción o recomendación) a la forma como deben

distribuirse los recursos entre los componentes. Como se ha indicado en secciones previas del documento, ésta es una falencia en el diseño y planificación financiera del programa que atenta, especialmente, contra la visibilidad y fortalecimiento del Componente 2 del Programa.

D. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

Para el seguimiento del Programa el nivel central utiliza varias formas: consultas masivas a los 29 servicios de salud; actividades de acompañamiento y asesoría técnica vía correo electrónico y vía telefónica a los referentes de los servicios de salud, para el respectivo seguimiento a las comunas y establecimientos que desarrollan el programa.

Existe otro seguimiento realizado a través de redes sociales para interiorizarse de actividades innovadoras que realizan los equipos, esto es desde la cuenta personal de la referente a nivel central.

Para la evaluación del programa, se trabaja con el Departamento de Control de Gestión de la División de Atención Primaria, entregando la información necesaria para extracción de datos y solicitando su entrega según establece el programa para los cortes establecidos en agosto y diciembre. Se elaboran planillas para evaluación y determinación de porcentaje de reliquidación de recursos. En caso de no reporte de registros o datos inconsistentes, se establece comunicación vía correo electrónica y telefónica a los referentes de los SS afectados para su corrección o envío de datos validados.

Al mismo tiempo, para la evaluación del grado de desarrollo de los productos se solicita a los referentes de los SS, el envío de un informe sobre el logro de los productos y las observaciones a la ejecución de las actividades.

En caso de evaluación deficitaria, generalmente asociada a falta de cumplimiento de las metas de producción, se solicita a los SS trabajar en Planes de Mejora con las comunas y establecimientos.

Todos los indicadores del Programa forman parte de un sistema mayor de seguimiento y evaluación del Departamento de Gestión de los Cuidados de la División de Atención Primaria, el cual lleva el control y evaluación de otros programas. El Programa informa en enero, abril y septiembre a la jefatura del Departamento.

Los datos aportados por los REM son adecuados para describir en general a la población beneficiaria del programa para el período 2016-2019 y para calcular parte del set de indicadores de la MML. A nivel de propósito, es posible utilizar estos datos para evaluar cómo varía, en promedio, la condición de funcionalidad de los beneficiarios del programa a través del tiempo (adultos que mantienen, mejoran o disminuyen su funcionalidad). Esto se construye en base a datos de egreso. También es posible utilizar esta información para construir indicadores a nivel de componentes: en el componente 1, los datos de población en control permiten calcular la variación en el ingreso al Programa en el período de evaluación, mientras que los datos a nivel de actividades permiten construir medidas de adherencia como promedio de participantes por taller entregado.

El seguimiento y evaluación desarrollado por el Programa se sustenta en la generación de información¹³³, cuya disponibilidad no es adecuada ni es suficiente para la medición de algunos indicadores considerados en la MML:

- la información no está desagregada por grupos etarios
- la información no está desagregada según sexo
- la información no está desagregada por poblaciones comunales
- En el componente 2, los registros a nivel de actividades no permiten construir los indicadores de la MML que revelan el uso de los servicios entregados por el Programa, como capacitación efectiva de líderes comunitarios (faltan estadísticas de organizaciones sociales, servicios locales, líderes capacitados, planes intersectoriales, mapas o guías).
- El registro de producción no está rutificado

Los equipos deben mensualmente registrar en el REM, pero la disponibilidad de dicha información para el referente del Programa presenta desfases de aproximadamente 20 días y se obtiene mediante solicitud expresa a Departamento de Control de Gestión, no existiendo oportunidad de seguimiento en tiempo real.

No obstante, para la adecuada evaluación se requiere que las bases de datos se encuentren desagregadas de acuerdo a: comunas beneficiarias; tramos de edad; sexo; tipo de egreso (mantiene/empeora/mejora funcionalidad).

El programa no cuenta con línea de base, en los términos definidos por Dipres¹³⁴. Se utiliza una estimación de prevalencia teórica de población adulta mayor sin disfuncionalidad o en riesgo de dependencia (basada en literatura científica), pero no existe el dato específico en cada comuna, aún menos en cada establecimiento ejecutor del Programa.

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realiza el monitoreo del desarrollo local del Programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En este monitoreo se realiza la evaluación del desarrollo de ambos componentes y se evalúa además en función de los indicadores y sus medios de verificación.

Primera Evaluación:

Se efectúa con corte al 31 de marzo. La información debe enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria con fecha tope 06 de abril, dando cuenta de las metas a cumplir en esta evaluación, que son:

¹³³ Actualmente la principal fuente de datos es el Registro Estadístico Mensual (REM) entregado por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS MINSAL).

¹³⁴ La línea base constituye el punto inicial en la recopilación de información de un programa o intervención, lo que idealmente debiese ocurrir antes que se inicie el programa. Por tanto, se trata de información que muestra las características tanto de beneficiarios como de "no beneficiarios" (individuos que teniendo características similares a los beneficiarios no accedieron o no pudieron acceder al Programa) antes de que el grupo de beneficiarios reciba los bienes y/o servicios del programa. Se utiliza para analizar la evolución a través del tiempo de los resultados esperados del programa, comparando situaciones antes y después del programa, controlando por todos aquellos efectos que hubiesen ocurrido de igual forma sin la intervención del programa.

- Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 02 de marzo para la contratación de ambos profesionales establecidos por programa.
- Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los servicios de salud que desarrollan el programa con participación de los profesionales ejecutores.
- Entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales (Resolución Exenta del Programa, Orientación Técnica del Programa para todos los equipos y Manual de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa).
- Información respecto a aquellas comunas o establecimientos que hayan discontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año¹³⁵, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordando que se debe promover la continuidad de la atención y el acceso de las personas mayores durante todo el año.

De acuerdo a los resultados de esta evaluación se procede a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los servicios de salud, los que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y el Servicio de Salud respectivo que corrijan las situaciones de incumplimiento.

Segunda Evaluación: Mes de Agosto

Se efectúa con corte al 31 de agosto. De acuerdo a los resultados se hace efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 60%.

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud debe informar del grado de desarrollo de ambos componentes con fecha 07 de septiembre, para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud debe contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte, por tanto, debe desarrollar dentro de los procesos de acompañamiento técnico las actividades necesarias para el cumplimiento de los productos establecidos¹³⁶.

Tercera Evaluación: Mes de Diciembre

Se realiza con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos y comunas beneficiarias deben tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

Las comunas y establecimientos deben informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa, que dé cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año, al respectivo Servicio de Salud.

¹³⁵ No hay información estadística disponible acerca de esta situación, que es percibida por el nivel central como muy poco frecuente.

¹³⁶ El Ministerio de Salud puede requerir antecedentes adicionales para la evaluación, los que deberán ser reportados y validados por el Servicio de Salud.

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud debe informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para ambos componentes con fecha 12 de enero para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud debe contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte.

Esta evaluación junto con la del cumplimiento de metas, determina la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria del programa.

Si bien existen plazos para el envío de la información desde el nivel local al SS, desde los Servicios al nivel central, no están explicitados los plazos para que los niveles superiores hagan el feedback correspondiente.

El Servicio de Salud respectivo evalúa el grado de desarrollo y cumplimiento del programa, conforme las metas contenidas en éste, cuyo análisis se realiza en forma global para el programa, por lo tanto, ambos componentes tienen el mismo peso relativo.

Así como el Programa no cuenta con un formato estandarizado para la redacción de los convenios entre los SS y las comunas, tampoco existe para la redacción de los informes de evaluación. Los pocos informes a los que se tuvo acceso dan cuenta de que lo mínimo a informar serían las metas establecidas para cada componente en cada comuna, y la distribución de los recursos financieros.

El Programa aplica las siguientes metas de acuerdo a si están o no asociadas a procesos de reliquidación según cumplimiento.

Cuadro 45. Indicadores y metas asociados a reliquidación. Metas Anuales y cumplimiento. 2016 – 2019

Comp	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019
1	% de población mayores a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / Nº de total personas que egresan del programa) x 100	60%	60%	60%	60%
	% de población mayor a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and go	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según timed up and go) / Nº de total personas que egresan del Programa) x 100	60%	60%	60%	60%
	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	(Nº de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia) +(Nº de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente) /	60%	50%	50%	100%

		Población comprometida a ingresar) x 100 ¹³⁷				
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/Nº de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	Promedio de 15	Promedio de 15
2	Trabajo en Red Local	(Nº de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100	30%	30%	30%	30%
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(Nº Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100	30%	30%	30%	30%

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 46. Indicadores componente 1 no asociados a reliquidación¹³⁸. Metas Anuales y cumplimiento. 2016 – 2019

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019
Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	(Nº de personas mayores que egresan del programa / nº de personas mayores que ingresan al programa) x100	-	-	-	80%
Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(Nº de personas que mejoran su condición funcional según TUG / nº de personas que egresan del programa) x100	-	-	-	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.
Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(Nº de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad / nº de personas que egresan del programa) x100	-	-	-	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.

Fuente: Elaboración Propia

¹³⁷ La población comprometida a ingresar anualmente corresponde a 538 personas por dupla profesional por establecimiento. En la situación que un establecimiento tenga dos duplas profesionales asignadas, la población comprometida a ingresar corresponde a 1100 personas por establecimiento. En casos excepcionales la población comprometida puede ser rebajada con autorización de la División de Atención Primaria, presentados los antecedentes desde el Servicio de Salud.

¹³⁸ No hay metas de este tipo para el componente 2.

En relación a las metas establecidas, no se cuenta con información respecto de los criterios utilizados para su definición a nivel nacional y local. Tampoco existe explicación para los cambios observados en las metas de un año a otro (ejemplo: % de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes). Además, para el indicador Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa, no existe información desagregada, por lo que el indicador es construido con las personas que mantienen o mejoran el estado de funcionalidad. Dada la trayectoria de los resultados del Programa, las metas para 2019 (que se repiten para 2020 según la Resolución de este año) son poco ambiciosas.

Los indicadores utilizados hasta el momento son susceptibles de mejoría, sobre todo si se realiza un rediseño del programa con enfoque de equidad y de género.

Por otra parte, otras reparticiones del MINSAL y otros Ministerios solicitan información de los indicadores al Programa para el desarrollo de sus propios procesos de seguimiento evaluación.

Ministerio/ repartición	Proceso de evaluación	Áreas evaluadas
Ministerio de Salud	Compromisos de Gestión Servicios de Salud	Compromiso de Gestión N°10 / Al año 2019, un 30% de las Organizaciones Sociales ingresadas al programa Más Adultos Mayores Autovalentes, contarán con líderes comunitarios capacitados en autocuidado de salud y estimulación funcional ¹³⁹ .
	Compromisos internos Subsecretaría de Redes	No hubo en 2019. Sí en años anteriores.
Servicio Civil	Convenios de Alta Dirección Pública para Directivos de SS	Indicadores de Envejecimiento Activo ¹⁴⁰ . Porcentaje de personas que completan ciclo en programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Porcentaje de personas que participan en sesiones de educación respecto de la Población Bajo Control de Programa del Adulto Mayor.
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Seguimiento de Programas Sociales	Población que el programa se propone atender Costo y producción de componentes Resultados reportados por el programa a nivel de propósito Resultados indicadores de componentes Cobertura y ejecución presupuestaria

Fuente: Elaboración Propia

¹³⁹ Esta meta fue cumplida a nivel nacional.

¹⁴⁰ Se trata de dos indicadores: (Número de personas que ingresan al Programa Adulto Mayor como autovalentes sin riesgo / Población total bajo control por el Programa Adulto Mayor) x 100; y, [(Porcentaje de personas que completan ciclo en programa Más Adultos Mayores Autovalentes / Meta 80%) * 0,5] + [(Porcentaje de personas que participan en sesiones de educación respecto de la Población Bajo Control de Programa del Adulto Mayor / Meta 10%) * 0,5]

Evaluación

Existe un sistema de seguimiento y evaluación que permite generar conclusiones acerca de la eficacia y eficiencia del Programa, sin embargo, cuya disponibilidad no es adecuada ni es suficiente para la medición de algunos indicadores considerados en la MML. El panel no tuvo acceso a las bases de datos desagregadas de acuerdo a: comunas beneficiarias; tramos de edad y sexo¹⁴¹.

El Programa cuenta con indicadores y con metas asociadas a algunos de los indicadores, no obstante, no se cuenta con información respecto de los criterios utilizados para la definición de metas a nivel nacional y local. En algunos indicadores no se definen metas, sino más bien requisitos mínimos de cumplimiento para generar transferencias o reasignaciones de presupuesto. Dada la trayectoria de los resultados del Programa, las metas para 2019 (que se repiten para 2020 según la Resolución de este año) son poco ambiciosas.

Por otra parte, en el componente 2, los registros sobre los bienes y servicios no permiten medir su realización, como capacitación efectiva de líderes comunitarios (faltan estadísticas de organizaciones sociales, servicios locales, líderes capacitados, planes intersectoriales, mapas o guías)¹⁴².

Existen plazos para el envío de la información/evaluaciones desde el nivel local al SS, desde los Servicios al nivel central, sin embargo, no están explicitados los plazos para que los niveles superiores hagan el feedback de los informes correspondientes a los niveles regionales y/o locales.

Se realizan evaluaciones participativas al finalizar la ejecución de cada ciclo del componente 1, sin embargo, no tienen una metodología estandarizada y no se realiza una sistematización posterior de ellas, que permita aportar a un seguimiento del Programa a través de comparaciones y visualización de trayectorias de las buenas evaluaciones, sobre todo en lo referente a calidad percibida por los beneficiarios.

¹⁴¹ Más detalles de los indicadores ver anexo 2c

¹⁴² Los referentes del programa señalan que esta información está disponible a nivel de SS, quienes, según Programa, verifican su desarrollo, cumplimiento y realizan el acompañamiento técnico.

Anexo 4: Análisis de Género de programas Evaluados

En el año 2004, la Encuesta de Protección Social realizada por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, demostró que las mujeres mayores de 60 años tienen tasa de dependencia (27%) mayor a la de los hombres (17%), siendo la tasa global de dependencia de 21,4 %¹⁴³.

El problema que se intenta evitar (dependencia en adultos mayores) de acuerdo a la literatura, “es mayor entre las mujeres para casi todas las actividades básicas, siendo también las personas viudas las que mayores niveles medios de dependencia presentan y para todas las actividades, tanto básicas como instrumentales”¹⁴⁴. Además, sólo en tres actividades esencialmente atribuidas al género femenino, hacer la compra, cocinar y la de realizar tareas domésticas, la dependencia de los hombres es mayor que la de las mujeres¹⁴⁵.

Por otra parte, se conoce a través de estudios que en algunos países europeos, más del 40 % de las mujeres mayores de 65 años viven solas, que las mujeres suelen tener menos fuerza de prensión que los hombres, y en ambos sexos la fuerza disminuye con la edad; la densidad ósea (osteoporosis) disminuye especialmente en las mujeres posmenopáusicas, avanzando hasta un punto en el que el riesgo de fractura aumenta considerablemente, lo que puede ocasionar pérdida de funcionalidad importante o grave. Asimismo, la prevalencia de la presencia de varias enfermedades a la vez (“multimorbilidad”) es más alta en las mujeres mayores que en los hombres mayores, pero esta disparidad en la prevalencia es reflejo de una disparidad en la expectativa de vida y no en el riesgo. También, la fragilidad que se da con la edad puede ser aún más frecuente en los países de ingresos bajos y medios, y es más común en las mujeres y en las personas de nivel socioeconómico bajo¹⁴⁶.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado cuenta que: “En la actualidad, las mujeres cada vez más desempeñan otras funciones, lo que les proporciona mayor seguridad en la vejez. Pero estos cambios también limitan la capacidad de las mujeres y las familias para cuidar a las personas mayores que lo necesitan”¹⁴⁷. Es importante recalcar que en general, “las personas mayores víctimas de maltrato son mujeres y presentan una discapacidad física, dependen de cuidados, se encuentran en mal estado de salud física o mental (o ambas), tienen ingresos bajos o carecen de apoyo social”¹⁴⁸, además que, al menos, una de cada diez personas mayores que viven en la comunidad sufre maltrato, y las mujeres son las más vulnerables.

El informe de envejecimiento de la OMS es concluyente al señalar que: “la dependencia de los cuidados es más prevalente en las mujeres que en los hombres de la misma edad, probablemente por diferencias de género en determinadas afecciones de salud y

¹⁴³ Superintendencia de Salud. Dependencia de los adultos mayores en Chile. 2008 marzo.

¹⁴⁴ José Jesús Gázquez-Linares, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, Isabel Mercader-Rubio y M^a del Mar Molero-Jurado. Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. Anales de psicología 2011, vol. 27, n^o 3 (octubre), 871-876.

¹⁴⁵ Idem anterior.

¹⁴⁶ OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015.

¹⁴⁷ OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Pag. 14.

¹⁴⁸ OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Pag. 80.

relaciones sociales”¹⁴⁹; “en todos los contextos, es más probable que las mujeres sean pobres, en comparación con los hombres, y que estas no hayan generado derechos de jubilación en sus años de trabajo. En los países de la OCDE, por ejemplo, las mujeres mayores tienen un 33 % más de probabilidad de ser pobres que los hombres de la misma edad”¹⁵⁰.

El Programa no incorpora enfoque de género. El panel evaluador sostiene que la inequidad de género que existe en el riesgo a perder la funcionalidad y pasar a ser dependiente no está abordada en el diseño del Programa, por lo que se recomienda fuertemente su rediseño utilizando enfoque de equidad de género (Innova8).

Al no contar con estadísticas del Programa diferenciadas por sexo no se puede verificar si en los hechos se da una mayor presencia de mujeres beneficiarias respecto de hombres.

Es de esperar que esta situación sea así, no solo por los datos entregados anteriormente, sino también ya que se conoce que la población de adultos mayores en control en APS es 61% mujeres y 39% hombres¹⁵¹. Además, la literatura informa que las mujeres tienen una mayor asistencia/adherencia a los dispositivos de atención de salud: sensibilidad frente al cuidado personal y de otros/as; actitud más aceptante de la intervención de terceras personas en su situación de salud-enfermedad; más tiempo para visitar los establecimientos al no trabajar fuera de casa mayoritariamente; etc. Esto sería favorable ya que, como se señaló anteriormente, la dependencia es más frecuente en mujeres. El género es un factor que crea inequidades sanitarias y que puede agravar otras que son producto de la situación socioeconómica, la edad, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual, etc.^{152, 153}. Además, los obstáculos para que los hombres se beneficien más del componente 1, si así se comprobara, deberían estar asociados a la masculinidad heteronormada vigente en nuestra sociedad¹⁵⁴.

Es esperable que, cuando se tenga estadísticas separadas por sexo, en el componente 2 se dé un sesgo favorable al sexo masculino, ya que existe información que sustenta la situación de que los espacios de liderazgo ejercidos por mujeres son limitados por el patriarcado existente, y, por ende, son los hombres los que tienen los cargos formales de liderazgo a todo nivel (político, empresarial, social, etc.). Así, deberían estar siendo capacitados por el Programa, más hombres que mujeres líderes comunitarios, lo cual debería cambiar según se vayan dando las transformaciones culturales necesarias¹⁵⁵.

Para poder aplicar análisis de género en primer lugar se debe contar con estadísticas diferenciadas por sexo y formular indicadores que midan los efectos que han tenido las

¹⁴⁹ OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Pag. 137.

¹⁵⁰ OMS. **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud**. 2015. Pag. 174.

¹⁵¹ Fuente: DEIS, 2015.

¹⁵² OMS. **Salud y Género**. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

¹⁵³ OMS. **Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS**. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44046/9789243597706_spa_Text.pdf?sequence=1

¹⁵⁴ Nazar Beutelspacher A, Salvatierra Izaba, B. **Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género**. Pap. Poblac. [Internet]. 2010. 16(64): 67-92. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-7425201000200004&lng=es&nrm=iso

¹⁵⁵ Escuela Andaluza de Salud Pública. **¿Vemos personas? El impacto del género en el liderazgo**. Blog Master Salud Pública. Disponible en: <https://www.easp.es/blogmsp/2018/04/13/liderazgo-el-genero-importa/>

intervenciones realizadas en la situación de hombres y mujeres. Entre otros resultados, deben medir el grado de desigualdad que pudiese existir entre hombres y mujeres.

CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO			
Nombre del programa	MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES MINISTERIO DE SALUD		
Objetivo del programa	Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria de salud del sector público de salud.		
¿Corresponde aplicar enfoque de género según la evaluación?	SI ¿Por qué?: El problema que se intenta evitar (dependencia en adultos mayores) afecta diferenciadamente a hombres y mujeres.		NO ¿Por qué?
Si la respuesta es SI, continuar el análisis			
¿Se aplica satisfactoriamente en la población objetivo?	SÍ	NO ¿Por qué?: No está en el diseño explicitado el enfoque de género. No se tiene evidencias porque no se tiene acceso a los datos separados por sexo y, en otros casos, no se levantan los datos separados por sexo.	RECOMENDACIÓN Revisar el diseño Generar estadísticas separadas por sexo
¿Se aplica satisfactoriamente en la definición del propósito y los componentes?	SÍ	NO ¿Por qué?: No está en el diseño explicitado el enfoque de género. No se tiene evidencias porque no se tiene acceso a los datos separados por sexo y, en otros casos, no se levantan los datos separados por sexo	RECOMENDACIÓN Revisar el diseño Generar estadísticas separadas por sexo
¿Se aplica satisfactoriamente en la provisión del servicio?	SÍ	NO ¿Por qué?: No está en el diseño explicitado el enfoque de género. No se tiene evidencias porque no se tiene acceso a los datos separados por sexo y en otros casos, no se levantan los datos separados por sexo	RECOMENDACIÓN Revisar el diseño Generar estadísticas separadas por sexo
¿Se aplica satisfactoriamente en la formulación de indicadores?	SÍ	NO ¿Por qué?: No está en el diseño explicitado el enfoque de género. No se tiene evidencias porque no se tiene acceso a los datos separados por sexo y en otros casos, no se levantan los datos separados por sexo	RECOMENDACIÓN Revisar el diseño Generar estadísticas separadas por sexo

Anexo 5: Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos

Cuadro 1.A: Asignación Específica al Programa, período 2016 - 2020 (en miles de pesos año 2020)

Identificación Asignación			2016		2017		2018		2019		2020	
Partida; Capítulo; Progr.	Subt.; Ítem; Asign.	Denominación de Asignación	Monto Total Ley de Presupuestos	% Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	% Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	% Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	% Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	% Específico al Programa
16;02;02	24;03;298	Más Adultos Autovalentes	\$1.504.208.260	0,6%	\$1.637.645.589	0,7%	\$1.734.467.106	0,7%	\$1.798.116.131	0,7%	\$1.993.085.769	0,7%
			\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%
			\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%
1.1 Total Asignación Específica al Programa			\$8.523.339		\$11.322.594		\$11.342.086		\$12.823.274		\$13.995.460	

Fuente: Anexo 5

Cuadro 1.B: Aportes institución responsable (subtítulos 21, 22 y 29, entre otros), período 2016 - 2020 (en miles de pesos año 2020)

Identificación Aporte			2016		2017		2018		2019		2020	
Partida; Capítulo; Progr.	Subtítulo	Denominación	Monto Total Ley de Presupuestos	% Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	% Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	% Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	% Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	% Específico al Programa
	21	Gastos en Personal	\$12.461.555	0,5%	\$13.140.992	0,5%	\$13.660.079	0,5%	\$14.316.752	0,5%	\$16.056.424	0,4%
	22	Bienes y Servicios de Consumo	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%
	29	Adquisición de Activos no Financieros	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%
	Otros (identificar)	Otros (identificar)	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%
1.2 Total Aportes Institución Responsable			\$64.874		\$66.236		\$67.718		\$66.568		\$68.197	

Fuente: Anexo 5

Cuadro 1.C: Aportes en Presupuesto de otras Instituciones Públicas, período 2016 - 2020 (en miles de pesos año 2020)

Identificación Aporte			2016		2017		2018		2019		2020	
Partida; Capítulo; Progr.	Subt.; Ítem; Asign.	Denominación de Asignación	Monto Total Ley de Presupuesto s	% Específico o al Programa	Monto Total Ley de Presupuesto s	% Específico o al Programa	Monto Total Ley de Presupuesto s	% Específico o al Programa	Monto Total Ley de Presupuesto s	% Específico o al Programa	Monto Total Ley de Presupuesto s	% Específico o al Programa
			0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
			0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
			0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
1.3 Total Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas			0		0		0		0		0	

Fuente: Anexo 5

Cuadro Nº1 D: Fuentes de financiamiento del Programa, período 2016 - 2020 (en miles de pesos año 2020)

Fuentes de Financiamiento	2016		2017		2018		2019		2020		Variación 2016-2020
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestarias	\$8.588.212	100,00%	\$11.388.830	100,00%	\$11.409.804	100,00%	\$12.889.842	100,00%	\$14.063.657	100,00%	63,76%
1.1. Asignación específica al Programa	\$8.523.339	99,24%	\$11.322.594	99,42%	\$11.342.086	99,41%	\$12.823.274	99,48%	\$13.995.460	99,52%	64,20%
1.2. Aportes institución responsable (subtítulos 21, 22 y 29, entre otros)**	\$64.874	0,76%	\$66.236	0,58%	\$67.718	0,59%	\$66.568	0,52%	\$68.197	0,48%	5,12%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	\$0	0,00%	\$0	0,00%	\$0	0,00%	\$0	0,00%	\$0	0,00%	
2. Extrapresupuestarias	\$0	0,00%	\$0	0,00%	\$0	0,00%	\$0	0,00%	\$0	0,00%	
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	\$0	0,00%	\$0	0,00%	\$0	0,00%	\$0	0,00%	\$0	0,00%	
Total (Presupuestarias + Extrapresupuestarias)	\$8.588.212		\$11.388.830		\$11.409.804		\$12.889.842		\$14.063.657		63,76%

Fuente: Anexo 5

** En las tablas siguientes se muestran los parámetros y cálculos realizados para estimar el aporte de la institución responsable al programa, por concepto de RRHH. El gasto imputable por SS supone que 29 referentes regionales (1 por Servicio de Salud) dedican un 10% de su jornada laboral al MASAMAV. Esto, multiplicado por un salario referencial de un profesional contratado en grado 12 en el sector público que se detalla en el cuerpo del informe (Cuadro Escala de remuneraciones SRA cargos profesionales), arroja un gasto total por año de $29 * [a] * [b] * 12$. El gasto imputable para el nivel central, se calcula siguiendo la misma lógica, para un único encargado nacional, esta vez tomando como referencia su salario bruto efectivo, el cual fue obtenido del Portal de Transparencia para el mes de noviembre de cada año. El 100% de este monto es considerado como un gasto administrativo.

Gasto imputable SS (\$ nominales)

Variable	2016	2017	2018	2019	2020
No. Servicios	29	29	29	29	29
Jornada dedicada a MASAMAV [a]	10%	10%	10%	10%	10%
Salario referencia [b]	\$1.351.069	\$1.351.069	\$1.420.076	\$1.381.679	\$1.420.365
Salario imputable / SS	\$130.983	\$135.107	\$142.008	\$138.168	\$142.037
Gasto total/mes	\$3.798.493	\$3.918.100	\$4.118.220	\$4.006.869	\$4.119.059
Gasto total / año	\$45.581.910	\$47.017.201	\$49.418.645	\$48.082.429	\$49.428.702

Gasto imputable Nivel Central (\$ nominales)

Variable	2016	2017	2018	2019	2020
Salario bruto mensual	2.254.759	2.441.551	2.526.787	2.799.787	3.128.040
Jornada dedicada a MASAMAV	50%	50%	50%	50%	50%
Salario imputable / mes	1.127.380	1.220.776	1.263.394	1.399.894	1.564.020
Gasto total / año	13.528.554	14.649.306	15.160.722	16.798.722	18.768.240

TOTAL Admin institución responsable	\$59.110	\$61.667	\$64.579	\$64.881	\$68.197
--	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N°2: Presupuesto del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable, período 2016-2020 (en miles de pesos año 2020)

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)	% Respetto del presupuesto inicial de la institución responsable
2016	\$665.448.026	\$8.588.212	1,3%
2017	\$508.301.758	\$11.388.830	2,2%
2018	\$612.333.420	\$11.409.804	1,9%
2019	\$835.880.808	\$12.889.842	1,5%
2020	\$1.080.664.915	\$14.063.657	1,3%

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°3: Presupuesto Inicial y Gasto Devengado del Programa, período 2016-2020 (en miles de pesos año 2020)

AÑO 2016	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	\$824.782	\$978.628	\$950.846	97,2%	115,3%
Bienes y Servicios de Consumo	\$105.634	\$146.408	\$143.674	98,1%	136,0%
Transferencias	\$7.657.797	\$8.677.605	\$8.623.965	99,4%	112,6%
Inversión	\$0	\$0	\$0		
Otros (Identificar)	\$0	\$0	\$0		
Total	\$8.588.212	\$9.802.641	\$9.718.485	99,1%	113,2%

Fuente: Anexo 5

AÑO 2017	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	\$1.045.743	\$1.045.743	\$1.045.743	100,0%	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$152.791	\$152.791	\$152.791	100,0%	100,0%
Transferencias	\$10.190.296	\$10.190.299	\$10.190.299	100,0%	100,0%
Inversión	\$0	\$0	\$0		
Otros (Identificar)	\$0	\$0	\$0		
Total	\$11.388.830	\$11.388.833	\$11.388.833	100,0%	100,0%

Fuente: Anexo 5

AÑO 2018	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	1049734	1084118	1049735	96,8%	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	153042	157645	153042	97,1%	100,0%
Transferencias	10207028	11962929	11539300	96,5%	113,1%
Inversión	0	0	0		
Otros (Identificar)	0	0	0		
Total	11409804	13204692	12742076	96,5%	111,7%

Fuente: Anexo 5

AÑO 2019	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	\$1.061.062	\$1.061.062	\$1.061.062	100,0%	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$154.248	\$154.248	\$154.248	100,0%	100,0%
Transferencias	\$11.674.533	\$11.705.097	\$11.703.260	100,0%	100,2%
Inversión	\$0	\$0	\$0		
Otros (Identificar)	\$0	\$0	\$0		
Total	\$12.889.842	\$12.920.407	\$12.918.570	100,0%	100,2%

Fuente: Anexo 5

AÑO 2020	Presupuesto Inicial
Personal	\$1.064.629
Bienes y Servicios de Consumo	\$154.248
Transferencias	\$12.844.780
Inversión	\$0
Otros (Identificar)	\$0
Total	\$14.063.657

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°4: Gasto Total del Programa, período 2016-2019 (en miles de pesos año 2020)

AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto	Otros Gastos	Total Gasto del Programa
2016	\$9.718.485	\$0	\$9.718.485
2017	\$11.388.833	\$0	\$11.388.833
2018	\$12.742.076	\$0	\$12.742.076
2019	\$12.918.570	\$0	\$12.918.570

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°5: Gastos Total del Programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción, período 2016-2019 (en miles de pesos año 2020)

AÑO 2016	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración**		
Recursos Humanos	\$7.938.018	\$953.363	\$8.891.381	91,5%
Otros Gastos	\$827.104	\$0	\$827.104	8,6%
Total	\$8.765.122	\$953.363	\$9.718.485	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	90,2%	9,8%	-----	-----

Fuente: Anexo 5

AÑO 2017	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$9.319.124	\$1.108.318	\$10.427.442	91,6%
Otros Gastos	\$961.391	\$0	\$961.391	8,4%
Total	\$10.280.515	\$1.108.318	\$11.388.833	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	90,3%	9,7%	-----	-----

Fuente: Anexo 5

AÑO 2018	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$10.438.355	\$1.234.307	\$11.672.662	91,6%
Otros Gastos	\$1.069.414	\$0	\$1.069.414	8,4%
Total	\$11.507.769	\$1.234.307	\$12.742.076	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	90,3%	9,7%	-----	-----

Fuente: Anexo 5

AÑO 2019	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$10.585.344	\$1.249.374	\$11.834.718	91,6%
Otros Gastos	\$1.083.852	\$0	\$1.083.852	8,4%
Total	\$11.669.196	\$1.249.374	\$12.918.570	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	90,3%	9,7%	-----	-----

Fuente: Anexo 5

** El total de gastos administrativos se calcula como la suma de los aportes de la institución responsable calculados previamente y la dedicación estimada de las duplas profesionales a actividades administrativas.

Como se muestra en el cuadro siguiente se consideró que el 10% de los gastos asociados a la contratación de duplas profesionales bajo el subtítulo 24 (establecimientos de dependencia municipal), equivalente al 92% del ítem Transferencias, corresponden a gastos administrativos (tal que $c=0,1*b*0,92*a$). Igualmente, se considera que el 10% del gasto asociado a la contratación de duplas profesionales en establecimientos de dependencia SS corresponden a gastos de administración.

Variable	2016	2017	2018	2019
Gasto devengado total	9.718.485	11.388.833	12.742.076	12.918.570
Transferencias (Subt 24) [a]	8.623.965	10.190.299	11.539.300	11.703.260
Recursos Humanos (92%) [b]	7.934.048	9.375.075	10.616.156	10.767.000
Administración (10%) Duplas [c]	793.405	937.508	1.061.616	1.076.700
Personal SRA (Nivel Central y SS)	64.874	66.236	67.718	66.568
Duplas SS (10% Subt 21)	95.085	104.574	104.973	106.106
Administración TOTAL	953.363	1.108.318	1.234.307	1.249.374
Producción	8.765.122	10.280.515	11.507.769	11.669.196

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N°6: Gasto de producción de los Componentes del Programa, período 2016-2019 (en miles de pesos año 2020)

AÑO 2016	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$121.757	\$144.867	\$243.514	\$48.703	\$325.516	\$775.676	\$380.184	\$559.965	\$1.151.593	\$426.965	\$304.569	\$453.238	\$51.692	\$73.054	\$3.703.829	\$8.765.122
Componente 2	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Componente ...	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Componente N	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total	\$121.757	\$144.867	\$243.514	\$48.703	\$325.516	\$775.676	\$380.184	\$559.965	\$1.151.593	\$426.965	\$304.569	\$453.238	\$51.692	\$73.054	\$3.703.829	\$8.765.122

AÑO 2017	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$131.070	\$156.781	\$261.637	\$52.428	\$374.026	\$1.124.204	\$488.425	\$742.934	\$1.332.491	\$622.246	\$318.179	\$537.839	\$53.110	\$78.642	\$4.006.503	\$10.280.515,39
Componente 2	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Componente ...	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Componente N	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total	\$131.070	\$156.781	\$261.637	\$52.428	\$374.026	\$1.124.204	\$488.425	\$742.934	\$1.332.491	\$622.246	\$318.179	\$537.839	\$53.110	\$78.642	\$4.006.503	\$10.280.515,39

AÑO 2018	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Ñuble	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$131.284	\$157.037	\$262.064	\$52.513	\$432.181	\$1.318.856	\$604.311	\$829.199	\$349.332	\$1.121.672	\$767.185	\$430.218	\$771.588	\$53.276	\$78.770	\$4.148.282	\$11.507.769
Componente 2	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Componente ...	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Componente N	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total	\$131.284	\$157.037	\$262.064	\$52.513	\$432.181	\$1.318.856	\$604.311	\$829.199	\$349.332	\$1.121.672	\$767.185	\$430.218	\$771.588	\$53.276	\$78.770	\$4.148.282	\$11.507.769

AÑO 2019	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Ñuble	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$132.824	\$158.879	\$265.138	\$53.130	\$437.249	\$1.334.463	\$611.399	\$838.827	\$353.464	\$1.134.899	\$776.216	\$463.153	\$780.640	\$53.944	\$79.694	\$4.195.278	\$11.669.196
Componente 2	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Componente ...	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Componente N	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total	\$132.824	\$158.879	\$265.138	\$53.130	\$437.249	\$1.334.463	\$611.399	\$838.827	\$353.464	\$1.134.899	\$776.216	\$463.153	\$780.640	\$53.944	\$79.694	\$4.195.278	\$11.669.196

Fuente: Anexo 5

Para construir este cuadro se asumió que el 100% del gasto devengado regional que registra el programa corresponde al Componente 1. De este gasto, se descontó, proporcionalmente, el monto estimado por el Panel para los gastos de administración (10% del gasto en personal bajo el Subtítulo 21 – correspondiente a los establecimientos de dependencia SS – y 10% del gasto en personal estimado bajo el Subtítulo 24 – correspondiente a los establecimientos de dependencia municipal). En los años 2016 y 2017, el gasto registrado por el MASAMAV para Ñuble fue adicionado a la región del Bío Bío.