

**RESUMEN EJECUTIVO  
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**

**NOMBRE PROGRAMA:** PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES  
**AÑO DE INICIO:** 2015  
**MINISTERIO RESPONSABLE:** MINISTERIO DE SALUD  
**SERVICIO RESPONSABLE:** SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

**PERÍODO DE EVALUACIÓN:** 2016 - 2019  
**PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2020:** \$14.064 millones

## 1. Descripción general del programa

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (MASAMAV) se encuentra adscrito al Ministerio de Salud (MINSAL), siendo la Subsecretaría de Redes Asistenciales el servicio responsable de su diseño y ejecución. Se ejecuta mediante convenios suscritos entre los 29 Servicios de Salud<sup>1</sup> de todo el país y los municipios o establecimientos de dependencia del SS correspondientes a su jurisdicción y que cumplen con los criterios de asignación<sup>2</sup>.

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 funcional<sup>3</sup> 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:**

C1: 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 con una duración entre 45 y 60 minutos cada una, que abordan tres áreas temáticas: a) Estimulación de Autocuidado o Estilos de Vida Saludable, b) estimulación de funciones motoras y prevención de caídas y, c) estimulación de funciones cognitivas.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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

## Contenidos temáticos a considerar 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 Estimulación de Autocuidado o Estilos de Vida Saludable. (Derechos sociales, sexualidad)	Promoción
Total	1	24	48

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

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 considera un número promedio de 15 participantes por sesión<sup>4</sup>, 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 componente<sup>5</sup>. En el egreso se evalúa al adulto mayor con los mismos instrumentos aplicados en su ingreso.

El ingreso de los participantes significa por parte del programa un proceso de entrega de información del mismo y las actividades asociadas, 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-8<sup>6</sup> en su versión modificada para el programa y el Test Timed Up and Go<sup>7</sup>, cuyos resultados son registrados para permitir la comparación con los resultados al egreso del programa. Las personas pueden ingresar una vez por año.

### 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

<sup>4</sup> En la práctica el promedio de participantes por sesión giro en torno a los 13 en el período 2016 a 2019.

<sup>5</sup> Hasta el año 2018 se exigía haber participado al menos en 15 sesiones.

<sup>6</sup> Health Assessment Questionnaire. Es un instrumento 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.

Utilizado para evaluar nivel de funcionalidad del usuario.

<sup>7</sup> 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.

crucial<sup>8</sup>. 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 sociosanitarios<sup>9</sup> relacionados con la participación y calidad de vida de las personas mayores.

Su ejecución se basa en un diagnóstico participativo de 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 mayores<sup>10</sup>.

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; b) Catastro de servicios locales que da cuenta de la oferta institucional local (pública o privada) para las personas mayores; 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. Estos mapas pueden incorporar herramientas tecnológicas de georreferenciación para favorecer la gestión territorial o 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, lo que corresponde a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores 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.

Se espera que al egreso del componente 1 se mantengan las personas mayores en sus organizaciones sociales de base o se incorporen a las organizaciones sociales capacitadas en el componente 2 para dar continuidad a la intervención a un nivel comunitario.

#### ▪ ***Población objetivo y beneficiarios efectivos (breve caracterización y cuantificación)***

La **población potencial** corresponde a toda la población adulta mayor chilena<sup>11</sup> susceptible de ser beneficiada, vale decir, población adulta mayor chilena de 60 años y más autovalente y en riesgo de dependencia. Para su estimación se utiliza el supuesto de que el porcentaje de personas mayores autovalentes y en riesgo de dependencia es el mismo al encontrado en la población Fonasa (85%)<sup>12</sup>.

---

<sup>8</sup> Municipios, servicios públicos con programas en el territorio, Organizaciones No Gubernamentales, etc.

<sup>9</sup> 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

<sup>10</sup> 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

<sup>11</sup> Personas mayores de 60 años. Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas, INE.

<sup>12</sup> Este supuesto se sustenta en que la población no beneficiaria de FONASA tiene las mismas condicionantes biológicas de la pérdida de funcionalidad.

El resultado poblacional nacional fue: 44% clasificada como autovalente sin riesgo; 27% como autovalente con riesgo; y, 14% como en riesgo de Dependencia<sup>13</sup>.

La **población objetivo** es la porción de la población potencial que está 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.

**Cuadro: Población Potencial, Población Objetivo, Población Beneficiada y Cobertura. Período 2016-2019.**

Año	Población Potencial (a)	Población Objetivo (b)	Población Beneficiada (c)	Cobertura (c/a*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

La **población potencial** corresponde a toda la población adulta mayor chilena<sup>14</sup>, 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. Para su estimación se utiliza el supuesto de que el porcentaje de personas mayores autovalentes y en riesgo de dependencia es el mismo encontrado en la población Fonasa (85%).

El resultado poblacional nacional fue: 44% clasificada como autovalente sin riesgo; 27% como autovalente con riesgo; y, 14% como en riesgo de Dependencia<sup>15</sup>.

La **población objetivo** es la población de adultos mayores que está inscrita en centros de Atención Primaria de Salud, que está validada por FONASA, un 85% de la población potencial en promedio.

▪ *Identificación de las fuentes de financiamiento*

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).

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,

<sup>13</sup> Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Resumen estadístico REM del 2015.

<sup>14</sup> Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas, INE

<sup>15</sup> Fuente: DEIS, 2018.

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. Cabe consignar que hay aportes extrapresupuestarios de los municipios, pero no hay información disponible para valorarlos

## 2. Resultados de la Evaluación

### ▪ *Justificación del programa*

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. En el año 2017 representaba el 16,2% (2.850.171) de la población total. 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.<sup>16</sup> 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 fecha<sup>17</sup>.

Uno de los riesgos importantes de este grupo etario es la pérdida de sus capacidades funcionales<sup>18</sup> 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 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 por 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 la pérdida 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.

---

<sup>16</sup> Instituto Nacional de Estadísticas (INE). **Estimaciones y proyecciones. Chile 1992 – 2050, base 2017 población e indicadores.**

<sup>17</sup> OMS. **Envejecimiento y ciclo de vida.** <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

<sup>18</sup> 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. **Orientación técnica programa más adultos mayores autovalentes.** 2015

El Estado debe hacerse cargo de la situación de bienestar de este grupo poblacional, puesto que se trata de una población que tiene riesgos y que para enfrentarlos o superarlos requiere apoyos. 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<sup>19</sup>.

De los dos componentes que declara el Programa, en el primero, 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 los 48 contenidos desarrollados para la realización del taller, solo 12 abordan aspectos promocionales.

En segundo componente, que debería abordar los temas promocionales de manera intensiva y profunda para líderes comunitarios, destinado a fomentar y establecer una red local de apoyo, no quedan claramente explicitados en las orientaciones técnicas. Por otra parte, este componente tiene la limitación que no tiene especificado el rol de la dupla de profesionales, ni los bienes y servicios que entrega a sus beneficiarios, aparte del taller de capacitación a dirigentes de duración variable. De este modo, se hace referencia a elaborar 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 cuentan 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.

Cabe consignar que el Programa no incorpora el enfoque de género para hacerse cargo de las diferencias entre hombres y mujeres. La evidencia indica que la dependencia es mayor entre las mujeres para casi todas las actividades básicas, siendo también las personas viudas las que mayores niveles de dependencia presentan<sup>20</sup>. Además, solo en tres actividades esencialmente atribuidas al género femenino, hacer las compras, cocinar y

---

<sup>19</sup> 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>

<sup>20</sup> José Jesús Gázquez-Linares\*, M<sup>a</sup> del Carmen Pérez-Fuentes, Isabel Mercader-Rubio y M<sup>a</sup> del Mar Molero-Jurado. **Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores**. *Anales de psicología* 2011, vol. 27, n<sup>o</sup> 3 (octubre), 871-876.

realizar tareas domésticas, la dependencia de los hombres es mayor que la de las mujeres<sup>21</sup>.

## ▪ Desempeño del programa

### Eficacia y Calidad

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 funcionalidad<sup>22</sup>. A esto debe agregarse que, en el mismo período, alrededor de 90% de los que ingresan a la intervención socio sanitaria 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.

Por su parte, el aporte del componente 2 va en la línea del apoyo a la formación de líderes de las organizaciones donde. En datos del 2019, un 65% de todas las organizaciones ingresadas al programa hasta el año 2019 tienen líderes capacitados. Debido a que el programa no tiene una línea de base sobre las organizaciones existentes, se desconoce si este porcentaje es relevante porque se está llegando a un importante universo de organizaciones o, por el contrario, la integración de organizaciones al programa es todavía muy menor. Además, el programa, a través de este componente, apoya la generación de Planes Intersectoriales para que los Servicios locales (SL) con ofertas para personas mayores estén involucrados en estos planes. La meta planteada por el Programa es que el 30% de los SL estén integrados a estos Planes intersectoriales, lo que se alcanza claramente para el año 2019<sup>23</sup> en todos los SS, con la excepción de Aisén y Metropolitana Sur. La duda que se plantea es el grado de injerencia que tiene el MASAMAV en la construcción de estos Planes, puesto que depende de la voluntad de cada SL integrarse.

Cabe consignar que 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.

Por último, este componente no aporta evidencias de su contribución al cumplimiento del propósito, ya que la medición del resultado solo se mide al egreso de los beneficiarios del taller de componente 1. El aporte de componente 2 debiera ser relevante en reforzar los aspectos de prevención que se entregan en los talleres del componente 1 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.

La Cobertura efectiva anual del Programa (entre 7,3 y 6,2% de beneficiados respecto de población objetivo) es muy baja. El diseño del Programa no considera las cifras de beneficiarios acumulables año a año, dado que el proceso de atención es de tipo anual. Lo anterior revela que existe la posibilidad de que una misma persona mayor sea beneficiada

---

<sup>21</sup> Superintendencia de Salud. **Dependencia de los adultos mayores en Chile**. 2008 marzo.

<sup>22</sup> 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.

<sup>23</sup> Solo para este año se tiene la información



más de una vez, sin poder identificar esta situación desde los registros existentes, ya que no están rutificados. De este modo, la cobertura real está sobredimensionada en una proporción que se desconoce<sup>24</sup>. Por otra parte, no estuvo disponible para el panel de evaluación, la información por sexo y edad de los beneficiarios efectivos, lo que impide hacer análisis más finos de cobertura.

## **Economía y eficiencia**

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.

No se 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.

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.

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.

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

---

<sup>24</sup> Los encargados del programa señalan que los usuarios que vuelven a participar en el taller son muy pocos.

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.

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 lo 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).

#### ▪ **Implementación del programa**

Su operación está en concordancia con la estrategia definida y el diseño de las intervenciones, lo cual es refrendado por los resultados obtenidos. Lo señalado es muy evidente para el componente 1, 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); e indefinición en el financiamiento de las actividades a realizar.

Por otra parte, 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.

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. La coordinación es una función central del Programa y ha contribuido al adecuado desarrollo y resultados. No obstante lo anterior, la coordinación se observa como insuficiente para alcanzar el mayor impacto potencial del programa, sobre todo el asociado el componente 2. Se aprecia como insuficiente la dotación de personal para estas coordinaciones así, por ejemplo, se cuenta con un solo profesional para realizar la gestión global nacional del Programa.

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. Sin embargo, se detectaron deficiencias en los procesos de evaluación que no permiten realizar análisis más certeros y profundos acerca del Programa. De este modo, 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). Las evaluaciones que se realizan no son sistematizadas, por lo que no contribuyen a la evaluación de satisfacción del Programa.

## ▪ **Desempeño Global**

El programa forma parte de la Política de Protección Social de las personas mayores que 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.

Así y todo, la expectativa es que, en la medida el programa se siga fortaleciendo, aumente el porcentaje de beneficiarios que mantienen o mejoran su funcionalidad lo que mejoraría, además de los resultados de eficacia, la 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).

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.

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.

Finalmente, 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.

## **3. Principales 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 Preventivo 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 <sup>25</sup>.

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.

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

---

<sup>25</sup> 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.

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.

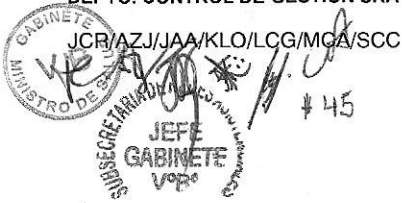
4.- Desarrollar un sistema de valorización de la “canasta” de recursos entregada anualmente a los establecimientos (RRHH, insumos, capacitación y movilización por dupla) de fácil seguimiento y actualización, y que estandarice los criterios empleados en el financiamiento de RRHH en los establecimientos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

**RESPUESTA DE INSTITUCIÓN RESPONSABLE  
A INFORME FINAL DE EVALUACIÓN**



MINISTERIO DE SALUD  
DEPTO. CONTROL DE GESTION SRA



ORD. C16: N° 2569

ANT.: Ordinario 1428 de junio de 2020 de la Dirección de Presupuesto

MAT.: Respuesta Institucional a las recomendaciones contenidas en el Informe Final de Evaluación del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Santiago, 20 AGO 2020

A: SR. MATIAS ACEVEDO FERRER  
DIRECTOR DE PRESUPUESTO

DE: DR. ENRIQUE PARIS MANCILLA  
MINISTRO DE SALUD

En relación al oficio de la referencia, se adjunta respuesta institucional al Informe de la Evaluación del Programa Gubernamental (EPG) "Más Adultos Mayores Autovalentes" de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Sin otro particular, le saluda atentamente,



DR. ENRIQUE PARIS MANCILLA  
MINISTRO DE SALUD

**Distribución:**

- Dirección de Presupuesto
- Gabinete Sr. Ministro
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Departamento de Control de Gestión SRA
- Archivo

## **Respuesta Institucional**

El proceso de EPG Programa Más Adultos Mayores Autovalentes se desarrolló entre los meses de noviembre de 2019 y marzo de 2020, con actividades de entrega de información, reuniones y entrevistas. Consistió en el análisis del marco metodológico del programa, sus resultados y evaluación de gastos.

En respuesta a la entrega del informe Final del estudio de Evaluación del Programa Más Adulto Mayor Autovalente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la opinión Institucional, comentarios y reflexiones al proceso de evaluación, es necesario indicar lo siguiente:

1. La evaluación del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, representó una importante instancia para la sistematización y análisis de este programa. Constituye una oportunidad de mejora para la atención de las personas mayores de nuestro país, considerando que este Programa tiene la mayor presencia territorial a nivel nacional en los ámbitos promocional y preventivo, y la relevancia entregada al Fomento del Envejecimiento Positivo en el Programa de Gobierno.
2. La descripción general del programa planteada en el Informe es adecuada. La definición de nuevas denominaciones para los 2 componentes del programa es apropiada y se incluirán en la resolución exenta que aprueba el Programa para 2021 y en la actualización de las Orientaciones Técnicas.
3. Los antecedentes presentados con respecto a la justificación y análisis de la estrategia del programa son correctos y precisos para la descripción del problema, relacionado con el fenómeno establecido de envejecimiento poblacional en nuestro país, los riesgos asociados que poseen las personas mayores respecto a su salud, y sus causalidades determinadas por factores intrínsecos y extrínsecos influidos ampliamente por los determinantes sociales de la salud.
4. Pese a lo anterior, consideramos que es importante hacer presente que en el informe se muestran antecedentes que difieren de los entregados desde esta institución, en cuanto a la definición y atributos de un programa de reforzamiento de atención primaria, la caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo, cobertura y focalización del programa, y las fuentes y uso de recursos financieros, lo que afecta los resultados del proceso de evaluación. Se anexa Informe Técnico exponiendo aspectos que precisan revisión y las opciones de mejora del Programa gestionadas por la institución.





MINISTERIO DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

NGO

## INFORME TÉCNICO DE RESPUESTA A INFORME FINAL DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES PARA PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

### Resumen Ejecutivo

El informe presentado en este documento da cuenta de las observaciones técnicas respecto a los contenidos, afirmaciones y propuestas presentadas en el documento "Informe Final de Evaluación Programas Gubernamentales (EPG) Programa Más Adultos Mayores Autovalentes".

El proceso de EPG Programa Más Adultos Mayores Autovalentes se desarrolló entre los meses de noviembre de 2019 y marzo de 2020, con actividades de entrega de información, reuniones y entrevistas. Consistió en el análisis del marco metodológico del programa, sus resultados y evaluación de gastos.

Se describen en este informe el análisis resumido de los aspectos de mayor relevancia presentados en el "Informe Final de Evaluación Programas Gubernamentales (EPG) Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", considerando aquellos que requieren aclaraciones y otros en los que se puede prever opciones de mejora del Programa gestionadas por la institución.

### I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

#### 1. Descripción general del programa

La descripción planteada en el Informe es adecuada. La definición de nuevas denominaciones para los 2 componentes del programa es apropiada y se incluirán en la resolución exenta que aprueba el Programa para 2021 y en la actualización de las Orientaciones Técnicas.

#### 2. Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo

Sobre la población potencial determinada en el informe que correspondería "a toda la población adulta mayor", se precisa aclarar que el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes es un Programa de Reforzamiento de los Centros de Salud de Atención Primaria y que la población a la que se dirige en forma potencial es la "población adulta mayor beneficiaria de los Centros de Salud de Atención Primaria", no correspondiendo el diseño ni la entrega de prestaciones para población con previsión de salud diferente a la entregada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Lo anterior se respalda en que, tal como reconoce el informe, este Programa se diseña e implementa desde la División de Atención Primaria perteneciente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Desde este punto el análisis presentado a continuación presenta variaciones respecto a la cobertura alcanzada por el programa comparando beneficiarios con población potencial.

Respecto a la población objetivo determinada en el informe como “ la porción de la población potencial (mujeres y hombres de 60 años y más susceptibles 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”, se debe explicar que para el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes la población objetivo corresponde a la porción de la población potencial (mujeres y hombres de 60 años y más beneficiaria de los Centros de Salud de Atención Primaria) perteneciente a los Centros de Salud de Atención Primaria que desarrollan el Programa, lo que difiere de la población objetivo planteada por el Informe de EPG. Esta discordancia en las definiciones afecta la presentación de datos contenidos en el cuadro 2.

### **3. Antecedentes presupuestarios**

La causalidad atribuida a una nueva orientación técnica, para explicar el alza presupuestaria entre los años 2016 y 2017, no fue analizada durante el proceso de evaluación. Esta alza presupuestaria corresponde a una aprobación de presupuesto para financiar la expansión del programa a 28 establecimientos de atención primaria, sumado a un incremento en el monto destinado a los ítems presupuestarios de “insumos” y “capacitación” y para financiar por primera vez el ítem de “movilización” que permite al equipo y a las personas mayores del programa el traslado hacia lugares de realización de los talleres. Por lo anterior no corresponde a una diferencia en la orientación técnica como expresa el informe de EPG.

## **II. EVALUACION DEL PROGRAMA**

### **1. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA**

Los antecedentes presentados en este punto son correctos y precisos para la descripción del problema, relacionado con el fenómeno establecido de envejecimiento poblacional en nuestro país, los riesgos asociados que poseen las personas mayores respecto a su salud, y sus causalidades determinadas por factores intrínsecos y extrínsecos influidos ampliamente por los determinantes sociales de la salud.

#### **Una nueva mirada hacia las personas mayores**

En este apartado se analizan los modelos de abordaje de envejecimiento y consideración por las personas mayores en cuanto a su rol de integrantes activos de la sociedad y no como sujetos receptores de prestaciones. Al mismo tiempo se menciona la necesidad de trabajar sobre los estereotipos asociados a las personas mayores. Frente a esto para el programa es fundamental avanzar y posicionar en cada actividad a las personas mayores como actores principales de sus procesos de cambio, desde las etapas de la planificación hacia la implementación de intervenciones destinadas a la estimulación funcional, promoción del autocuidado y estilos de vida saludable en personas mayores.

Se refuerza en este apartado algunos de los conceptos aludidos en el programa relacionados con Envejecimiento Saludable y los aspectos relacionados con bienestar en la vejez, reforzando los fundamentos que plantea el programa respecto a los atributos de salud de acuerdo a los roles e intereses de las personas mayores, resultantes de las capacidades propias, las características del medio en que se desenvuelven y las interacciones entre ambos.

## **La intervención del Estado y estrategia del Programa.**

El informe reconoce que la salud de la población de personas mayores se encuentra influenciada por los determinantes sociales, presentando riesgos conocidos, que pueden enfrentarse en forma satisfactoria con ciertos apoyos para su superación o mitigación. El informe establece que es el Estado quien debe asumir las iniciativas para responder a las necesidades de la población que envejece, incluyendo esfuerzos diversos en este afán. Se respalda en aspectos legales establecidos por Chile relacionados con derecho al acceso a la salud y a la integración de las personas mayores.

El informe determina que el componente 1 del Programa tiene claridad en su intervención preventiva para evitar deterioro funcional, cognitivo y motor. Sin embargo, determina que el aspecto promocional es incorporado en forma deficitaria, dado el número de sesiones determinados para el taller de autocuidado. En este punto es preciso hacer notar, que los aspectos promocionales del programa se desarrollan tanto en el Componente 1 (determinado por el Panel EPG con el nombre Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional) mediante el taller de autocuidado de la salud y estilos de vida saludable, como en el Componente 2 (determinado por el Panel EPG como Red local para el envejecimiento activo y positivo funcionando u operativa) a través de la capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado de Salud y en el desarrollo de Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo.

La evaluación EPG establece que la descripción de los temas promocionales en el componente 2 del programa no está claramente explicada en las orientaciones técnicas, lo mismo identifican para el rol del equipo del programa y de los bienes y servicios entregados a los beneficiarios. Al respecto se debe tener en cuenta que el componente 2 supone un desarrollo progresivo con una estrategia diferente de intervención en las comunidades de personas mayores y servicios locales comunales, por lo que en la resolución aprobatoria del programa de cada año se han enunciado los contenidos, etapas y productos en términos generales de acuerdo a la evolución del programa. Este aspecto se está resolviendo mediante el trabajo de actualización de las Orientaciones Técnicas del Programa, cuya única edición data de 2015, que corresponde al primer año de implementación del programa. En este nuevo documento, se actualizarán contenidos y se profundizará en los aspectos mencionados por el panel de evaluación de EPG, junto con otros aspectos determinados por los equipos del programa a través una encuesta nacional realizada el año 2018 y la sistematización de los diagnósticos participativos de todo el país realizada el mismo año.

La evaluación de EPG menciona además que para el Componente 2 no es posible medir su eficiencia puesto que los recursos para su ejecución no están separados del componente de los del componente, afectando la medición de costos de efectividad para el componente. Sobre esta materia debe ser considerada que en la única formulación ex ante del programa realizada el año 2014, se solicitaron los recursos en un único componente, el que financiaba principalmente el componente 1, apoyando escasamente el desarrollo del Componente 2. En los años posteriores, en la formulación presupuestaria, se presentó solicitud de financiamiento para el componente 2, la que fue aprobada para el año 2020, primer año en que se definen recursos específicos para el componente 2.

En el informe de EPG se reconoce que uno de los aportes que puede realizar el Componente 2 es favorecer la coordinación de los servicios de salud y servicios locales para el acompañamiento integrado de las personas mayores. Se establece además que el Programa forma parte del "Sistema de Protección Social del Adulto Mayor" ocupando el lugar de prevención y promoción en los ámbitos de la salud-enfermedad, por lo que se aproxima complementariamente con programas de SENAMA

o del Ministerio del Deporte, no existiendo duplicidad del Programa con estrategias de otras instituciones. Aparece como una debilidad el nivel de coordinación con otras instituciones y pocos mecanismos de coordinación formales al interior del MINSAL con otros programas de salud relacionados con personas mayores. Para subsanar estas observaciones, se gestionará con SENAMA un acuerdo de colaboración para abordar lineamientos de trabajo intersectorial para equipos locales que trabajan con personas mayores. En conjunto se planteará a nivel institucional, la necesidad de implementar mecanismos de coordinación formales entre los equipos involucrados en la gestión de diversos programas de salud al interior del MINSAL.

## **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**

En este punto se describe el Componente 1, se realizan cálculos para conocer el número de talleres entendiéndolo como ciclo de 24 sesiones realizado. Verificaron el incremento de talleres, que alcanzó un 20, 5% entre los años 2016-2019.

Se observa relación directa entre la producción del Programa por Servicio de Salud, determinada en la EPG, y la disponibilidad de recurso humano para su ejecución, el que se asocia a la magnitud de población de personas mayores a cargo, el número de comunas y establecimientos en que se desarrolla el Programa.

La representación de producción por Servicio de Salud dentro del total nacional y su variación, debería analizarse considerando la variación de disponibilidad de equipos para la ejecución del programa en cada Servicio de Salud, la que se asocia a el crecimiento determinado por la expansión en comunas según la disponibilidad presupuestaria y los criterios de asignación determinados por el Programa.

Se concluye una evolución satisfactoria para el Componente 1 en cuanto a producción en el período 2016-2019, refiriendo un nivel de producción importantes pues este componente se relacionaría en forma directa con el cumplimiento del propósito del programa según lo determinado en la EPG.

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

El informe de EPG señala que este Componente tendría medición de sus indicadores desde el año 2019, lo que ese evalúa negativamente ya que, según lo planteado en el informe, impediría hacer el seguimiento de su cumplimiento. Esta aseveración es imprecisa pues desde el año 2015 se evalúa el cumplimiento de los indicadores del Componente 2, según consta las Resoluciones Aprobatorias del Programa para los años 2015-2018, en que los Servicios de Salud evaluaron su cumplimiento y reportaron a la División Primaria a través de informes de cumplimiento. La variación introducida en el año 2019 fue la incorporación de variables que permiten el cálculo del indicador en el Registro Estadístico Mensual.

Se concuerda con lo planteado en la EPG sobre la limitación de la trazabilidad de evolución de las organizaciones sociales vinculadas al Programa, pero se precisa aclarar que esta limitación está dada a nivel central por la disponibilidad de datos centralizada desde el año 2019, existiendo los datos a nivel local y de Servicios de Salud según lo anteriormente explicado para los años anteriores. Cada

comuna cuenta con un catastro de organizaciones sociales existentes en su territorio y de aquellas vinculadas al Programa el que se actualiza anualmente desde el año 2015.

El informe de EPG indica que no es posible determinar la implicancia del programa respecto a la extensión de redes de apoyo para personas mayores, según el indicador evaluado por el Programa para la capacitación de Líderes Comunitarios (% de Organizaciones Sociales ingresadas al Programa que cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados). En este aspecto desde la referencia técnica del Programa, se precisa que el objetivo de incluir en el Programa la capacitación de Líderes Comunitarios con su indicador asociado, es fomentar la capacitación de personas mayores para el trabajo continuo con sus organizaciones sociales (clubes de adulto mayor, centros de madres, clubes deportivos, juntas de vecinos, otros), por lo que se pretende contar con un porcentaje de Organizaciones Sociales con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa, siendo un fin más amplio y no incluido en el diseño del Programa los requerimientos de trazabilidad y extensión de redes de apoyo a nivel local. Para abordar estas temáticas se requiere mayor disponibilidad de datos y la definición de políticas públicas sociosanitarias dirigidas, en las que el Programa actué dentro de una oferta y articulación más amplia que la actualmente existente a nivel nacional.

Sobre el análisis de la evaluación existente para el indicador de Servicios Locales (% de Servicios Locales que cuentan con Planes Intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo), el informe refiere evaluaciones dicotómicas para la evaluación de algunos productos del componente, que no se relacionan con lo evaluado a través del Registro Estadístico Mensual para el año 2019 y a través de reportes de los Servicios de Salud para años anteriores.

Respecto a la afirmación “ el programa apoya la generación de Planes Intersectoriales para que los SL que tienen ofertas estén involucrados en estos planes”, desde la referencia técnica del Programa se clarifica que el trabajo de construcción de catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores determina varias etapas posteriores que finalizan con la elaboración de Planes Intersectoriales, elaborados en conjunto con los Servicios Locales de acuerdo a las necesidades evidenciadas por los participantes del programa, por el equipo del programa y por el intersector, emanadas del proceso de Diagnóstico Participativo desarrollado por el Programa.

En lo concerniente a la crítica planteada en el Informe sobre que el diseño del programa “no establece el rol que juega la dupla profesional en la generación de estos productos” aludiendo al Componente 2, la resolución exenta que aprueba el Programa establece claramente que es responsabilidad del Programa su ejecución en coordinación con otros servicios locales, planteando un rol de impulsor y desarrollador de los productos, los que son evaluados por el Servicios de Salud. Se agrega además que, dentro de los años de ejecución del Programa, desde el nivel central se han desarrollado actividades de acompañamiento técnico, que han incorporado esta temática y el trabajo directo con las duplas del Programa.

Frente a la afirmación planteada en el informe de EPG “(...) 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”, se considera que la evaluación no profundizó en el desarrollo de los Planes Intersectoriales, los que a nivel comunal representan uno de los principales procesos de colaboración intersectorial, con la generación de trabajos colaborativos entre el sector salud, sector social, educativo y otros, con reconocimiento de las personas mayores, equipos involucrados, autoridades locales y otros Servicios del Estado.

Para el Componente 2, según lo reflejado en los juicios expuestos en el informe, se esperaba un análisis más reflexivo respecto a la construcción de procesos participativos y colaborativos con las

comunidades y servicios a nivel local. Estos procesos, no surgen espontáneamente y requieren un tiempo y maduración de relaciones para el logro de algunos cambios significativos. La implementación del Programa, ha llevado consigo en la gran mayoría de las comunas un levantamiento básico de información para el trabajo con la comunidad y con los servicios locales, que hasta antes del Programa no estaba disponible en las comunas. Posteriormente la articulación entre distintos servicios, ha debido superar las etapas iniciales de difusión, conocimiento general del trabajo de cada actor local, y las relaciones incidentales de traspaso de información, para dar paso luego de al menos dos o tres años, a un trabajo colaborativo centrado en las necesidades y expectativas de cada comunidad respecto a la integración de las personas mayores que se traducen en el logro de la Capacitación de Líderes Comunitarios y generación de Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo. Por lo anterior, reconociendo que es perfectible en aspectos relacionados con su desarrollo, se espera que esta evaluación incluya además la mirada desde la implementación de procesos innovadores para el abordaje de las capacidades colectivas para enfrentar el envejecimiento y el diseño e implementación de cambios a nivel local desde un enfoque participativo y sociosanitario de trabajo con las personas mayores, organizaciones y servicios locales.

## **2.2. Cobertura y focalización del programa**

Si bien, tal como lo afirma el informe, el Programa no es universal, por encontrarse focalizado en la población beneficiaria del sector público de salud, se debe precisar que esta situación es coherente con que el Programa es un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, por lo que su población potencial corresponde a la beneficiaria del sector público, no correspondiendo el abordaje en forma universal de la población de personas mayores del país.

Contrario a lo que señala el informe, es desde el MINSAL, considerando los criterios de asignación y la disponibilidad presupuestaria, que se designan los centros de salud y comunas en que se implementa el programa. Estos criterios corresponden a magnitud de población inscrita en centros de salud, magnitud y representatividad de población de personas mayores, criterios de ruralidad y de capacidad de gestión, entre otros, los que se aplican según disponibilidad presupuestaria para seleccionar los nuevos lugares donde se implementará el Programa.

La cuantificación de las metas asociadas a ingresos del Programa se calculó considerando lo definido en el proceso ex ante inicial del año 2014, pero atendiendo el criterio de real capacidad de los equipos de programar las atenciones para ingresar personas mayores al programa, realizar los talleres, egresar del Componente 1 y el desarrollo de las actividades de difusión, elaboración de bases de datos, contacto con organizaciones y servicios locales, desarrollo de procesos de Diagnósticos Participativos, Capacitación de Líderes Comunitarios y Planes Intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo, que fijaron una meta de ingreso de 538 personas mayores ingresadas por dupla/año. Para las comunas rurales, las metas se consensuan con cada Servicio de Salud, evaluados los antecedentes de desarrollo local para la implementación del Programa, la dispersión geográfica para traslado a sedes donde se desarrolle el Programa y otros factores climáticos o geográficos que implican un menor rendimiento de talleres en la semana o menor grupo de personas mayores por grupo. Es por ello, que si existen antecedentes que permitan cuantificar la meta de ingresos, pero no fueron consultados en el proceso de EPG en forma específica.

**Cuadro 14: Evolución de Ingresados, egresados y comunas beneficiarias  
2016 – 2019**

La información presentada por el Informe de EPG, respecto a los ingresos para los años 2016, 2017, 2018 y 2019 difiere de la entregada por el Programa durante el Proceso de Evaluación mediante correos electrónicos en el mes de noviembre.

En particular además del envío de resúmenes de indicadores a DIPRES, la evaluación implicó el llenado de la "FICHA DE ANTECEDENTES DEL PROGRAMA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA" de DIPRES, que se completó con los antecedentes dispuestos en el siguiente cuadro, que no fueron recogidos en el Informe de EPG.

*Cuadro x: Cobertura Años 2016-2019*

<i>Año</i>	<i>Población Potencial<sup>1</sup></i> <i>(a)</i>	<i>Población Objetivo</i> <i>(b)<sup>2</sup></i>	<i>Beneficiarios Efectivos</i> <i>(c)</i>	<i>% Beneficiarios respecto a Población Potencial (c)/(a)</i>	<i>% Beneficiarios respecto a Población Objetivo (c)/(b)</i>
2016	1.942.366	221.761	142.473	7%	64%
2017 <sup>3</sup>	1.830.756	201.528	158.036	9%	78%
2018	2.076.163	207.605	168.273	8%	81%
2019	2.154.061	220.243	131.173 <sup>4</sup>	6%	54%
<i>%Variación 2016-2019</i>	11%				

*Fuente: FONASA*

De acuerdo a lo expresado, en particular a la diferente estimación de ingresos para todos los años evaluados y a la discrepancia existente en la determinación de poblaciones potenciales y objetivo, considerando el rol del Programa como Programa de Reforzamiento para la población beneficiaria de los Centros de Atención Primaria, desde la referencia técnica no es posible comentar el análisis, por basarse en antecedentes diferentes a los reportados oportunamente para el proceso de EPG, fuente de información determinada por el Programa.

El informe de EPG es reiterativo en lo concerniente a la falta de información en el Componente 2, tema abordado anteriormente y en el que se agrega que el Programa no tiene en su diseño

<sup>1</sup> Estimado con proyección del 85% sobre población inscrita validada en establecimientos de atención primaria de 60 y más años. El 85% corresponde a la condición funcional autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo y en riesgo, presente en la población bajo control por condición de funcionalidad en las personas de 65 y más años.

<sup>2</sup> La población objetivo se determinó como la población exigida a ingresar, la que tal como se mencionó 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 a 538 y rebajas en comunas con mayor dispersión geográfica y ruralidad.

<sup>3</sup> La Población Inscrita Valididad por FONASA para 2017 presenta un subregistro, que no ha sido subsanado por FONASA, por tanto se afecta el cálculo de % de cobertura sobre Población Potencial.

<sup>4</sup> Actualización de ingresos al programa al mes de octubre 2019.

incorporada la magnitud de Líderes Comunitarios Capacitados, sino que el porcentaje de Organizaciones Sociales ingresadas al programa que cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados para el autocuidado y estimulación funcional de las personas mayores.

### **2.3. Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales**

El Programa presenta una buena evaluación en cuanto a eficacia a nivel de resultados intermedios y finales, se sugiere revisar al igual que en el punto anterior los datos en los que se basa el juicio emitido. Al mismo tiempo, considerar que entre los años 2016 y 2017 se produjo un cambio en la fórmula de cálculo del indicador asociado a resultado de mantención o mejora de la condición funcional, lo que no permite metodológicamente comparar la evolución desde el año 2016.

El informe establece que el Programa logra resultados positivos relacionados con su objetivo, pero que en términos de eficiencia, el costo es mayor que asegurar el egreso. Se recomienda revisar los datos utilizados para este cálculo, pues difieren de los reportados con fuente REM para los beneficiarios efectivos del Programa para todos los años evaluados por la EPG.

La eficacia del programa a través de los resultados obtenidos, es consistente con la evidencia para este tipo de intervenciones en los ámbitos de conductas preventivas, práctica de actividad física, estilos de vida saludable, mejora funcional y de calidad de vida, lo que contribuye al fin del programa y se vincula a los Objetivos Estratégicos de Salud, promoviendo el apoyo al envejecimiento activo y destacando que intervenir en esta área es un ahorro para el país, toda vez que se previene la instalación de la dependencia en personas mayores con el consiguiente ahorro en los gastos asociados a la atención de una persona mayor dependiente a nivel de sistema social, sanitario y de gasto familiar.

### **2.4. Calidad**

La evaluación EPG reconoce como una debilidad la inexistencia de una encuesta de satisfacción usuaria estandarizadas. Frente a ello, si bien se considera importante para aportar en otra dimensión de evaluación del programa, por el momento no es posible de implementar un sistema de evaluación exclusivo para el Programa. Se hace mención además a que en Atención Primaria existe una encuesta que mide satisfacción usuaria, que se aplica a los usuarios de los centros de salud anualmente.

## **3. ECONOMÍA**

### **3.1. Antecedentes presupuestarios**

Los antecedentes presupuestarios fueron entregados por la División de Presupuesto de la SRA. Sobre los requerimientos presupuestarios, se confirma lo expresado en el Informe respecto a que al menos en dos años del Programa 2016 y 2018, se ha producido una tramitación parcelada de los recursos contemplados para el Programa, separando los recursos de continuidad de los de expansión, lo que implica modificación de las resoluciones e implementaciones diferenciadas en las comunas que han recibido en forma posterior los recursos para el desarrollo del Programa.



### **3.2. Fuentes y uso de recursos financieros**

Tal como plantea el Informe de EPG, la totalidad de recursos del Programa se determina por el presupuesto que recibe, no determinándose otras fuentes de financiamiento.

Los aportes identificados por la EPG correspondientes principalmente a recursos humanos implicados en la gestión a nivel comuna, de Servicios de Salud y de la División de Atención Primaria, relacionados directamente con funciones necesarias para la implementación, evaluación y diseño del programa, no se encuentran valorizados dentro de los recursos del Programa por corresponder a recursos que se contemplan dentro de las diferentes estructuras (municipal, de Servicio de Salud, de la División de Atención Primaria) para la gestión de variados programas.

- **Aportes presupuestarios no valorizados**

Se hace mención a que el Programa no considera en su diseño el reporte sistemático de aportes presupuestarios identificados por el Panel de EPG y consistentes en 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.

Coincidiendo con lo planteado por el Panel de EPG, desde esta referencia técnica se considera como relevante el transparentar y organizar las funciones desarrolladas por los referentes del Programa en los Servicios de Salud, debido a que la carga laboral que se observa implica el tener la referencia técnica de varios programas en forma simultánea, con la consiguiente repercusión, además del cálculo del costo efectivo de implementación del programa, en los procesos de acompañamiento técnico a los equipos de atención primaria que ejecutan el programa, monitoreo, evaluación e implementación de procesos de mejora del Programa a nivel local.

- **Aportes extrapresupuestarios no valorizados**

El Programa no contempla en su diseño el reporte sistemático de los aportes extrapresupuestarios que plantea el Panel de EPG. Esta situación es evaluada en forma negativa en el Informe de EPG.

Para determinar estos aportes el Panel de EPG determinó algunas estimaciones de gastos en que incurre la Subsecretaría de Redes mediante el financiamiento de recuso humano en los Servicios de Salud y en la División de Atención Primaria, frente a los cuales desde la referencia técnica no se analizarán, por la pertinencia presupuestaria y por relacionarse directamente con sus remuneraciones y funciones en el cargo de asesor, éstas últimas no consultadas durante la evaluación.

El informe, entre otros, indica que "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". Frente a esto, es preciso informar que anualmente se generan memorias de cálculo con la distribución correspondiente a cada establecimiento en que se implementa el Programa y la distribución según los ítems financiados por el Programa correspondientes a Recursos

Humanos, Insumos, Capacitación y Movilización. Esta información es enviada a cada Servicio de Salud para su conocimiento, gestión de los convenios y supervisión del uso de recursos, según establece el Programa.

### **3.3. Ejecución presupuestaria del programa**

Tal como lo plantea el informe el Programa presenta una ejecución perfecta, con sobrejecución los años 2016 y 2018 que se deben a la emisión de dos resoluciones de recursos en cada año, una para los recursos de continuidad y otra modificatoria que incorporaba los recursos de expansión. Esta situación escapa de la planificación presupuestaria del programa, respondiendo a decisiones extraprogramáticas.

### **3.4. Aportes de Terceros**

Tal como se indicó anteriormente no son incluidos en cálculo del presupuesto del Programa.

### **3.5. Recuperación de Gastos**

No aplica

## **4. EFICIENCIA**

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

Para el análisis de la eficiencia en el uso de los recursos del Programa, la EPG utilizó las estimaciones del Panel evaluador en cuanto a la determinación de gastos de la institución responsable y gastos administrativos, estableciendo un costo de entre \$31.000 y \$35.000 por sesión del Programa, la que es realizada por al menos 45 minutos, por dos profesionales con un promedio de 14 asistentes por sesión. Es coincidente con lo indicado respecto a que no está considerado el tiempo dedicado a la preparación de las actividades del taller, a lo que se agrega el tiempo de traslado entre los diferentes lugares en que se ejecutan para favorecer el acceso de las personas mayores.

Sobre las diferencias de financiamiento para las duplas que se desempeñan en establecimientos municipales con relación a las que se desempeñan en los establecimientos dependientes de Servicios de Salud y la preocupación respecto a eficiencia de implementar el programa a través de establecimientos dependientes de Servicios de Salud, se debe aclarar que el costo mayor de la dupla dependiente del Servicio de Salud tiene directa relación con la estimación del valor del recurso humano para establecimientos dependientes de servicios, que está determinada a un costo mayor respecto a la carrera referencial lineal que permite determinar el valor para el recurso humano de establecimientos municipales. En términos de equidad no corresponde la limitación de implementación del Programa en los establecimientos dependientes de Servicio de Salud, toda vez que tienen a su cargo a parte de la población de personas mayores del país.

## **5. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA**

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

Destaca en este punto la concordancia entre la estrategia que define el programa y el diseño de las intervenciones, que se comprueba con los buenos resultados obtenidos. Se considera positivo el foco del programa en la prevención del daño (instalación de la dependencia en personas mayores). En el Componente 1 se destacan como fortalezas: su fundamento en la evidencia científica, el abordaje conjunto de la prevención y la promoción de la salud, la ejecución en modalidad grupal de los talleres, el liderazgo de la dupla profesional y trabajo intersectorial, junto con constituir el punto de inicio para el Componente 2.

Sobre la debilidad relacionada con la disponibilidad de actividades promocionales en comparación a las preventivas en este componente, se reitera que el área de prevención se aborda con mayor potencia en el Componente 2, mediante la Capacitación de Líderes Comunitarios y los Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo.

Sobre la debilidad aludida a la dificultad de registro ratificado que determinaría que una persona mayor ingrese en años consecutivos al programa, se clarifica que el problema no es el ingreso anual a la intervención, al contrario, dado que las condiciones de riesgo de dependencia y las consecuencias en las personas mayores son de rápida instalación, es ideal que las personas mayores tengan una intervención anual. La reflexión, a juicio de la referencia técnica debiera apuntar hacia los mecanismos de continuidad de la intervención y la disponibilidad de recurso humano para ello, que supone recursos adicionales para perfeccionar el diseño del programa.

Respecto a la debilidad identificada por el panel de EPG, en la definición de los productos del Componente 2 y el rol del equipo del Programa en su obtención, se profundiza en esta temática en el documento que actualiza la Orientación Técnica del Programa, que se espera emitir dentro de 2020. En forma paralela, en cada resolución exenta del Programa, que se emite anualmente, se intenta establecer las etapas y actividades asociadas al desarrollo de los productos del Componente 2, lo que se refuerza a través de actividades de acompañamiento técnico desarrolladas por la referencia técnica a nivel central y en los Servicios de Salud.

Se recuerda que además este Componente 2, tiene por base un proceso participativo que identifica las necesidades presentes en cada comunidad y que determina los pasos a seguir según estas necesidades, mediante la priorización de las mismas y la determinación de un Plan de Acción propio a cada comunidad, por lo que es evidente que existan diferencias entre los diferentes lugares en que se desarrolla el Programa, no coincidiendo con la apreciación del Informe de EPG que plantea como una limitación que el Programa no estandarice las actividades y los medios para el desarrollo de los productos del Componente 2.

La preocupación planteada en el informe respecto a la no existencia de sistematización de los informes de desarrollo del Programa a nivel Central, debe ser resuelta revisando que, de acuerdo a lo establecido en el Programa, es el Servicio de Salud quien realiza la evaluación del grado de desarrollo del Programa en sus comunas, mediante informes y evaluando el logro de los productos establecidos para ambos Componentes.

Respecto al desarrollo del Manual para Equipos del Programa, emitido el 2015 como apoyo para las duplas que iniciaban su trabajo en el Programa para el desarrollo del Componente 1 del Programa, se aclara que el Componente 2, tal como aparece en las resoluciones exentas que aprueban el Programa, supone un desarrollo progresivo, superando diferentes etapas de trabajo intersectorial, que para el año 2015 consistía netamente en el levantamiento de información disponible en cada localidad, a través del Catastro de Organizaciones Sociales y Catastro de Servicios Locales, para determinar un elemento (mapa de red) que organizara la información y la pusiera a disposición del equipo de salud y las personas mayores, para orientar su participación en organizaciones sociales y acceso a la oferta de los servicios locales.

Conforme el Programa afianzó su trabajo en las comunidades, y logró la continuidad en las comunas con que comenzó la implementación inicial el año 2015, correspondió avanzar hacia las siguientes etapas de desarrollo de Capacitación de Líderes Comunitarios, contenida en el Plan de Acción resultante del proceso de Diagnóstico Participativo sobre necesidades de las personas mayores para

fomento de su autocuidado y estimulación funcional, junto con el desarrollo de Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo.

Por lo anterior, se espera especial consideración a la necesidad de revisar el desarrollo histórico del Programa, que determina avances progresivos en el grado de desarrollo de la intervención comunitaria e intersectorial, que, por tanto, no se esperó plasmar en documentos determinados para otros fines y emitidos el año 2015. Se espera, como se ha mencionado a lo largo de este informe, mejorar los aspectos deficitarios respecto al desarrollo del Componente 2 en el documento actualizado de la Orientación Técnica del Programa a emitir a fines de 2020, lo que no resta que el Programa a través de actividades de acompañamiento técnico como Jornadas de Capacitación Nacional ejecutadas para todos los equipos del país a mediados del 2015, Video Conferencias para equipos a nivel nacional, durante los años 2016, 2017, 2018 y 2019, y otras actividades desde el nivel central y los Servicios de Salud, según necesidades de cada territorio.

### **Organización y gestión**

Dentro de este punto el informe alude a los documentos del programa, a la colaboración de otros integrantes del equipo de salud de los centros de atención primaria y de equipos del intersector, aludiendo a la falta de registro sistemático de estas colaboraciones y su valorización. Al respecto tal como se indica en el pie de página se debe entender este programa como un Programa de Reforzamiento de Atención Primaria, en el que se motiva la complementariedad del Programa con la oferta local disponible, no existiendo desde el diseño del Programa la necesidad de registrar este tipo de colaboraciones y su valorización.

Se alude además al contrato de la dupla profesional que desarrolla el programa, y una posible ambigüedad en las resoluciones de apertura del programa vinculadas a la vigencia del convenio y la continuidad de las actividades del Programa, debido a la fecha habitual de convenios entre Servicios de Salud y Municipios y la indicación de la continuidad del Programa, indicando casos en que se interrumpe el desarrollo del Programa en los meses de enero y febrero por que no está firmado el convenio. Esta situación escapa al diseño y alcance del Programa, ya que tiene directa relación con la fecha de la emisión de la Resolución Financiera que distribuye recursos para el Programa y las gestiones de tramitación de Convenio realizadas tanto en los Servicios de Salud como en las alcaldías, lo que no se especifica en el Informe de EPG. En conjunto se determina que el Programa no entrega recursos para financiar las vacaciones de la dupla profesional (reemplazo) y que esto afecta el trabajo en dupla interdisciplinaria propuesto por el Programa. Dada su condición de Programa de Reforzamiento, se espera que sea el Centro de Salud a través de su organización, quien vele por el cumplimiento de las estrategias del Programa en el período de vacaciones de sus integrantes, no considerando en su diseño y formulación presupuestaria el costo del reemplazo en el período correspondiente a feriado legal.

Además, el informe presenta como insuficiente la dotación de personal para la Coordinación Nacional, considerando que existe sólo un profesional que desarrolla estas funciones en la División de Atención Primaria y que no existe reemplazo en caso de permisos y vacaciones. Desde esta referencia técnica se complementa este juicio, con los antecedentes que la Referencia Técnica del Programa Más AM Autovalentes, involucra además del acompañamiento técnico, las evaluaciones y los constantes reportes del Programa, insertos dentro de un cargo destinado a más funciones, lo que limita el logro de los objetivos de la Referencia Técnica. Se debe agregar que se complementa para el año 2020, fue considerado reforzar el equipo profesional.

Respecto a la diferencia de formatos de Convenios entre los Servicios de Salud y los Municipios, y su eventual consecuencia en la implementación del Programa, por la ejecución diferente entre las comunas, se invita a revisar además del formato de convenios, otras causas que generan diferente implementación entre las comunas y entender los sistemas y gestión a nivel municipal, junto con las características de cada comunidad y el modelo participativo de desarrollo del programa, determinan inevitablemente diferencias en la implementación. Se percibe que lo que se intenta referir es la capacidad de seguimiento de convenios estándar, pero se recuerda que la base del convenio y que en cada uno de ellos se especifica como documento base, es la resolución exenta vigente, que es única para todo el país.

El informe reconoce la coordinación como función eje del Programa y que su desarrollo ha permitido la ejecución y resultados del Programa, pero indica que no se detecta ninguna coordinación establecida formalmente, y que correspondería a esa formalización el alcanzar mayor impacto por parte del Programa. Si bien se reconoce que los mecanismos de coordinación no se han formalizado a través de actas de colaboración o convenios u otro tipo de documento, en forma permanente se realizan actividades de coordinación al interior del Ministerio de Salud, junto a SENAMA y junto a otros organismos como Universidades, para entregar orientaciones a los equipos sociosanitarios y acompañar técnicamente el desarrollo de nuevas estrategias o acciones de capacitación de equipos de APS, por lo que se recomienda revisar si es la formalización del trabajo intersectorial la clave para potenciar el programa o el trabajo articulado continuo con otros sectores, en el que puede o no existir formalización mediante documentos. Se prevé que el Informe alude a Planes de trabajo con objetivos compartidos y seguimiento constante, lo que supone mejor organización, pero implica mayor uso del escaso recurso humano ya evidenciado por el Informe EPG.

El Informe indica que es el área de Personas Mayores de la División Primaria, la que debe asumir el liderazgo para el trabajo de coordinación al interior del Ministerio. Al respecto, más allá del liderazgo, la actual organización del MINSAL, implica que tanto el desarrollo del Plan de Envejecimiento como de la Política de Envejecimiento sean desarrollados en la Subsecretaría de Salud Pública, lo que limita la participación de DIVAP, la que se realiza en forma incidental, principalmente a través de entrega de información y revisión de documentos elaborados, para entregar pertinencia técnica para el desarrollo a nivel local.

En lo concerniente al sistema de seguimiento y evaluación, se determina que es posible generar conclusiones acerca de la eficacia y eficiencia del Programa, pero que la falta de rutificación de los beneficiarios, no permite una disponibilidad adecuada, siendo insuficiente para la evaluación de algunos indicadores determinados por DIPRES en la Matriz del Marco Lógico y el conocimiento de otros datos desagregados. Se argumenta que, desde el diseño inicial del Programa, no se ha visto necesario disponer de los datos personales de cada beneficiario, toda vez que se encuentran registrados en cada una de las fichas clínicas, en las que se registran las prestaciones del programa, por lo que agregar otra plataforma para registro particular de los datos del programa no corresponde al objetivo ni a las actividades consideradas y financiadas por el Programa.

Ahora bien, si según lo que establece el informe, se precisa conocer cobertura acumulada, se deberá considerar la necesidad de otro tipo de registro adicional, con el tiempo y recursos asociado para ello, evaluando el costo/beneficio para el Programa y el sistema de reporte en que se utilizarán esos datos.

Sobre la determinación de metas, tal como se explicó anteriormente, se realizó considerando la disponibilidad de recurso humano y la capacidad de ejecutar ciclos de intervención en diferentes grupos. Este aspecto en particular no fue consultado por el Panel EPG, al igual que la causa de la

mantención de metas para el año 2020, la que se debe a que las metas del Programa se determinan considerando la capacidad máxima del recurso disponible en cuanto a cobertura, no procediendo el incrementar la exigencia.

Para el Componente 2, se reconoce la necesidad de perfeccionar en la descripción de los servicios que pretende entregar el programa y otras acciones de seguimiento, con el fin de mejorar la atención de personas mayores y el trabajo a nivel local, lo que está implícito en el diseño del Programa.

Frente a la falta de instancias de retroalimentación desde el Nivel Central a los Servicios de Salud, las evaluaciones nacionales del Programa se comparten en actividades de acompañamiento técnico con los Servicios, en el que se establecen los cumplimientos a nivel nacional, por Servicio de Salud y por Comuna. Los reportes de cumplimiento, se entregan en cada fecha de corte según lo establece el Programa a la unidad correspondiente para evaluación de metas y entrega de recursos asociados a nivel central.

Las evaluaciones participativas establecidas para cada cierre de ciclos de talleres, tienen por objetivo una evaluación de carácter local, según lo experimentado por cada grupo intervenido por el Programa, para conocer sus apreciaciones, evaluación del programa y aspectos y propuestas de mejora. No pretende como plantea el Informe de EPG, generar un seguimiento del Programa a través de comparaciones y visualización de trayectorias, por lo que se precisa, profundizar más esta observación presentada.

### **III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL**

El Informe EPG establece que el Programa forma parte de la Política de Protección Social, lo que no está descrito en documentación a la que el Programa tenga acceso.

En las conclusiones es posible apreciar que, el Programa aporta en el bienestar en la vejez, al mantener las capacidades funcionales y la autovalencia el mayor tiempo posible, lo que se justifica además por los antecedentes demográficos de nuestro país.

El Informe EPG, califica como positivo el desempeño del Programa entre los años 2016 y 2019, aludiendo un porcentaje de un 75% de mantención o mejora de la condición funcional, lo que varía respecto a los resultados obtenidos por el Programa en el que la mantención o mejora de la condición funcional bordea el 100% de las personas que completan la intervención.

Respecto al fortalecimiento del Programa, se comparte esta necesidad para aumentar la cobertura de personas beneficiadas y los resultados obtenidos en su salud. Sobre la mejora en los resultados de eficacia, se recomienda clarificar el cálculo de porcentaje de personas que logran los resultados propuestos por el programa, ya que difiere de lo evaluado por el programa. En relación a la eficiencia en el uso de los recursos, el Informe plantea que es 1,4 veces más costoso lograr el resultado esperado que simplemente asegurar el egreso de un beneficiario, lo que difiere ampliamente de los resultados medidos por el programa donde casi un 100% de los egresos del Programa mantiene o mejoran su condición funcional.

Sobre la carencia determinada por el Panel para el Componente 2, dada por la claridad insuficiente de los productos y servicios que entrega el programa, es coincidente con la información levantada desde los equipos del Programa en la Encuesta para Actualización de la Orientación Técnica realizada en el año 2018 y es conocida su importancia por la referencia técnica del Programa, Estas definiciones se han abordado en instancias de acompañamiento técnico a nivel nacional y local y esperan ser mejoradas en el documento actualizado de la Orientación Técnica, que se ha desarrollado en conjunto con representantes de los equipos del Programa y con el apoyo de académicos de los Departamentos de Kinesiología y Ciencias de la Ocupación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Este trabajo ha sido interrumpido por la priorización de funciones asociada a la contingencia sanitaria que enfrenta el país, por lo que se espera retomar en los próximos meses, incorporando nuevas modalidades de trabajo para el logro de los objetivos del Programa.

### **Diseño**

1.- Las conclusiones del Informe que aluden al diseño, involucran la consistencia del diseño a nivel de resultados, principalmente obtenidas según el Panel EPG, mediante el Componente 1 de Intervención Sociosanitaria Promocional y Preventiva. Se reconoce el potencial de impacto del Componente 2 Red local para el envejecimiento activo y positivo funcionando que aborda colectivamente la preparación de la comunidad y servicios para el envejecimiento. La limitación determinada por el panel respecto a la poco clara de la definición de bienes y servicios, se ha explicado a lo largo de este documento, por el grado de desarrollo que se ha alcanzado progresivamente por el Programa, que implica que esté en permanente construcción y revisión de definiciones de acuerdo a la implementación paulatina de procesos de trabajo participativos con la comunidad y el intersector, lo que determina que en documentos iniciales del Programa, del año 2015, no sea posible apreciarlas, pero que, tal como ya se ha explicado, se ha reforzado a través de otras instancias de acompañamiento técnico y se pretende plasmar en la próxima Orientación Técnica del Programa. Se recoge, por tanto, la observación presentada para el Componente 2 para mejorar definiciones de bienes y servicios y generar mecanismos que permitan evidenciar la vinculación existente con el propósito del Programa.

2.- Acerca de la no incorporación del enfoque de género, en el diseño del Programa, se recuerda que el diseño de los talleres se realiza según cada grupo intervenido considerando sus intereses y necesidades. El programa promueve la integración de las personas mayores en sus comunidades, por tanto, se podría desde el Programa para explicitar esta incorporación de enfoque de género dentro de las actividades además de lo ya realizado por el programa, solicitar apoyo a la Unidad de Género del Ministerio de Salud, para asesorar en el rediseño del Programa.

3.-El Panel Evaluador señala que percibe al Programa como 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. Al respecto, esto se ha demostrado en la Investigación 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) que concluye que el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes incide positivamente sobre factores de riesgo modificables para demencia, entre los que destacan la actividad física, el abordaje de la hipertensión, diabetes mellitus, el autocuidado en salud y la depresión y muy fuertemente en el Involucramiento social y reducción de aislamiento y soledad .

4.- En cuanto a los problemas de equidad identificados en el desarrollo del Programa por el Panel Evaluador, que se evidencian en la gran brecha entre la población que requiere la intervención y la que finalmente la obtiene, se señalan como factores de inequidad el habitar en comuna o territorio no seleccionado, no pertenecer a organización catastrada ni usar otros servicios del centro de salud. Frente a estas aseveraciones se explica que la determinación de una comuna o territorio correspondiente a un Centro de Salud para el desarrollo del Programa, responde a la necesidad de reforzar las actividades promocionales y preventivas disponibles en los establecimientos de salud, las que tienen mayor requerimiento en aquellos establecimientos de salud con mayor número de población total, mayor número de población de personas mayores y otros criterios de vulnerabilidad de la población como pobreza o ruralidad. Durante el desarrollo del Programa, se ha observado como necesario disminuir las brechas de acceso y cobertura, procediendo sistemáticamente, desde el año de inicio del Programa en el 2015, hasta el 2019 a solicitar aumento presupuestario para lograr expansión hacia otros territorios, solicitudes que en algunos años (2015,2016, 2017 y 2019) han sido acogidas en forma parcial y en otros (2018) no han sido acogidas, limitando las proyecciones de crecimiento territorial y de disminución de brechas.

Sobre los factores de inequidad reconocidos por la EPG como “no pertenecer a una organización catastrada” y “ni usar otros servicios de salud”, se debe clarificar, que el Programa no se dirige en forma exclusiva a personas mayores participantes de organizaciones sociales, siendo las vías comunes para el acceso, las derivaciones desde la comunidad, el centro de salud, servicios locales y el ingreso por pertenecer a organización social intervenida por el Programa. Siendo el Examen de Medicina Preventivo un criterio para el ingreso al Programa, es lógico que las personas participantes, en forma previa o posterior al contacto con el Programa, deban utilizar servicios de salud para la aplicación de este examen.

5.- El Informe de EPG plantea reiterativamente que la intervención es clara en lo preventivo, al enfocarse en evitar el deterioro funcional, cognitivo y motor, pero que presenta déficit en el abordaje promocional, señalando permanentemente la distribución de sesiones del Componente 1 para sustentar esta afirmación. Es preciso comprender que el Programa que la intervención en personas mayores, en el que cerca del 70% presenta al menos una condición crónica, debe tener una mirada contextualizada al referirse a promoción de salud, en sujetos en que ya existen daños instalados y disfunciones, en el que el abordaje tiende a apoyar en el manejo de sus condiciones, la prevención del impacto, y la integración social como sujetos responsables del cuidado de su salud y activos en sus comunidades.

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, en las 12 sesiones de autocuidado, realizan actividades de educación sanitaria, promoviendo la adquisición de habilidades para el autocuidado de salud de las personas mayores. En conjunto, en las 24 sesiones de estimulación de funciones motoras, y 12 sesiones de estimulación cognitiva se promueve la adquisición de herramientas concretas respecto para promover la decisión informada respecto a estilos de vida saludable y mantención o mejora de su condición de funcionalidad, principal indicador de salud en la vejez, lo que difiere del concepto aislado y exclusivo de prevención de salud que el Panel de EPG atañe a estas sesiones.

A esto se agrega que la promoción de salud incluye entornos saludables, que se vinculan a la intervención determinada por el Componente 2 del Programa, mediante la generación de espacios de participación para las personas mayores para identificar sus necesidades y desarrollar procesos de Capacitación de Líderes Comunitarios, junto al desarrollo de trabajo intersectorial para avanzar desde relaciones incidentales entre el sector salud y los servicios locales que trabajan con personas mayores, a relaciones de colaboración y complementariedad a través de los Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo.



Finalmente, reconociendo otros factores que inciden en la promoción de salud de las personas mayores y que son transversalmente abordados por el programa está la participación de las personas mayores y la cohesión social y generación de tejido social que favorece el desarrollo de las comunidades de personas mayores, tanto para el desarrollo individual como colectivo para enfrentar el proceso de envejecimiento, mediante la generación de redes de apoyo a nivel grupal. Resultaría interesante en este punto, una revisión del número de personas mayores que post intervención del programa se integran a participar o forman nuevos grupos, o que participan en instancias sociales, educativas relacionadas con la promoción de la salud, ámbito que no se abordó durante la evaluación y que requeriría un estudio adicional, del que el Programa de acuerdo a sus recursos no puede hacerse cargo.

6.- Sobre los criterios de priorización para la definición de comunas que se incorporan al Programa, y el desconocimiento por parte del Panel de los fundamentos para definir criterios de asignación y cuantificación de poblaciones de corte y de cobertura estimada por dupla profesional del programa, se explica, que al ser este un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, se pretende apoyar a aquellos establecimientos o comunas con mayor carga asistencial, en la que las actividades promocionales y preventivas, tienen mayores dificultades para ser planificadas y ejecutadas. Por lo anterior, en todos los años los criterios de asignación se relacionan directamente con la magnitud de población beneficiaria de centros de salud, pero gradualmente desde el segundo año de implementación se han incorporado otros criterios como la magnitud de población de personas mayores, la ruralidad, pobreza y capacidad de gestión, en un intento de avanzar en términos de equidad y favorecer el adecuado desarrollo del Programa. Para la cobertura estimada por la dupla, se trabajó considerando la capacidad del recurso humano dispuesto por el programa, el tiempo destinado a la ejecución de los talleres del programa y los tiempos de traslado entre los lugares en que se realizan. Esto determina una cobertura diferenciada en comunas con población rural, considerando la dispersión geográfica, estado de las vías para desplazamiento y disponibilidad de movilización para el equipo del Programa y las personas mayores.

### **Eficacia y Calidad**

1.- El informe planea los logros del programa en cuanto a resultados y adherencia, que, aunque difiere de los porcentajes obtenidos por el Programa, destacan los logros alcanzados en los 5 años de desarrollo.

2.- Sobre la cobertura efectiva anual del Programa, se coincide con lo deficitario, pero se difiere en los porcentajes estimados, debido a la diferencia existente entre la determinación de Población Potencial, Objetivo y los datos utilizados para beneficiarios en todos los años analizados.

Respecto a la eventual "sobreevaluación" de cobertura que plantea el informe, se reitera que el Programa no considera en su diseño la cobertura acumulada y que las condiciones particulares de las personas mayores implican que deban ser intervenidos en forma anual por el programa, conocida la presencia de factores de riesgo de pérdida de funcionalidad de instalación repentina y que requieren ser intervenidos anualmente. Respecto a las coberturas efectivas por comuna, es posible conocer y realizar el análisis en forma anual, pero se requiere mayor recurso humano que el determinado para este proceso de evaluación.

3.- Sobre el Componente 2, la Capacitación de Líderes Comunitarios de Organizaciones Sociales ingresadas al programa y el desconocimiento de la relevancia de que un 65% de las Organizaciones ingresadas al Programa cuenten con Líderes Capacitados, respecto al universo de organizaciones sociales y la integración de organizaciones sociales al Programa, se aclara en primer lugar que el Programa se dirige a población de personas mayores organizada y no organizada en agrupaciones, por lo que el ingreso de organizaciones sociales, representa solo una de las vías de acceso de las

personas mayores al Programa. En segundo lugar, el objetivo planteado con la capacitación de Líderes Comunitarios se relaciona con la continuidad de actividades promocionales y preventivas, luego de los tres meses en que los profesionales del Programa intervienen, de modo de promover la corresponsabilidad en salud y la mantención de los logros alcanzados. No tiene relación con un afán del Programa de intervención de las organizaciones sociales locales y el alcance de porcentajes de integración de organizaciones sociales locales al programa como meta, lo que no resta que puede estar produciéndose este fenómeno, pero en forma adicional a lo planteado dentro del diseño del Programa, como un aspecto que se produce debido al éxito del Programa en el trabajo con organizaciones, equipos de salud e intersector que producen mayor difusión y motivan nuevos ingresos de organizaciones año tras año.

Sobre los servicios entregados por el Componente 2 y la alusión de falta de definición de sus productos, estos se encuentran sistemáticamente identificados en las Resoluciones Exentas que aprueban el Programa y se refuerza con actividades de acompañamiento técnico ya mencionadas en este documento, que se recomienda, considere además, la propuesta de desarrollo participativo, que generar diferencias en su desarrollo de acuerdo a las características, necesidades, prioridades y propuestas de acción locales.

6.- Frente a la aseveración "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", no se conversó durante el proceso de EPG este tema, por lo que desde el Programa se aclara que no es posible planificar de otra forma considerando que las actividades están limitadas según disponibilidad de RRHH, el que se encuentra sujeto directamente a disponibilidad financiera y determina anualmente los beneficiarios del Programa.

### **Economía y eficiencia**

1.- Sobre el reconocimiento que el presupuesto no refleja al verdadero costo del programa ya que existirían recursos no valorizados que serían esenciales para su implementación, desde el Panel de EPG se decide determinar estos aportes e incluirlos en el presupuesto del Programa, no correspondiendo a lo declarado en presupuesto del Programa a nivel Institucional.

2.- En lo respectivo a la eventual carencia de registros formales y sistemáticos de presupuesto que permitirían conocer en mayor detalle la estructura específica del gasto, desde la referencia financiera del Programa, se entregaron los antecedentes consignados para todos los años evaluados, según el formato institucional de registro. Sobre el presupuesto del Componente 2, se reitera que desde el año 2020 cuenta con un presupuesto específico, por lo que anteriormente todo el presupuesto se disponía a través del Componente 1.

3.- En lo concerniente a los gastos de administración, el Programa, como Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, se ajusta a las definiciones institucionales y no considera gastos de administración.

4.- Es coincidente el porcentaje de ejecución de 100% estimado por el Panel de EPG para el período analizado. Las diferencias entre los convenios suscritos por Servicios de Salud y Municipios, en cuanto a detallar en mayor o menor medida los ítems de gastos que define el Programa, responden a la autonomía de cada Servicio de Salud y la suscripción de convenios según formatos propios, tomando como base la Resolución Exenta vigente para el Programa. Se evaluará la posibilidad de recomendar un convenio tipo en la nueva Orientación Técnica del Programa.

5.- Sobre los gastos promedios por beneficiario, en este informe no se pronunciará comentario porque existen diferencias entre los números de beneficiarios informados por el Programa al Panel de EPG y los utilizados para determinación de coberturas y gastos.

6.- En lo concerniente a la determinación de imposibilidad de deducir costos precisos en la producción de unidades de producto por componente, ni de la atención de un beneficiario del programa, indicando como causa la falta de registros de gastos completos y desagregados por Componente, se reitera que el Programa se ajusta al registro determinado para los Programas de Reforzamiento de Atención Primaria y que no es posible desagregar gastos por Componente, debido a que desde el 2020 se incluye financiamiento apartado para el Componente 2. No obstante, anualmente se elaboran memorias de cálculo que detallan el presupuesto para cada ítem de gasto por comuna y establecimiento de salud que son comunicados a los Servicios de Salud, quienes deben velar por su ejecución.

El Panel de EPG logra determinar un valor de sesión grupal de \$33.354, lo que si bien consideran un valor bajo, indican no es posible contrastarlo con referentes de programas nacionales o internacionales por lo que no pueden concluir sobre su eficiencia relativa. Desde el Programa, se menciona que la intervención del Programa Más, no tiene un símil conocido internacionalmente desde su engranaje desde el sector salud hacia las comunidades y servicios locales de y para personas mayores. Se debe agregar en este análisis que en promedio cada sesión grupal dispone una intervención que a 2019 de entre 13 y 14 participantes.

7.- Aludiendo a la diferencia de costos entre establecimientos de dependencia de Servicios de Salud respecto a los dependientes de Municipios, se encuentra determinada por el costo establecido para los cargos en los Servicios de Salud que supera el valor establecido en la Carrera Referencial Lineal para remuneraciones en los establecimientos de salud dependientes municipales, diferencia que está fuera del alcance del diseño del Programa.

## **2. RECOMENDACIONES**

### **Diseño**

1.- Sobre recomendaciones de explicitar criterios de asignación del Programa, han sido revisadas en este informe, por lo que se entiende que la recomendación apunta a explicitarlas en cada Resolución Exentas aprobatoria del Programa, lo que puede ser revisado para mejorar lo propuesto.

En cuanto a la definición de metas de cobertura a alcanzar por Servicio de Salud y comunas, estas se encuentran definidas en las Resoluciones Exentas anualmente.

2.- El estudio de viabilidad y factibilidad de escalamiento del programa, según lo propuesto para su universalización, requiere un proceso en el que esta EPG es un aporte inicial, debiendo además en los próximos pasos, considerar los escenarios financieros y técnicos existentes para efectuarlo.

3.- Para rediseñar el Programa con enfoque de equidad y género, se puede recomendar incluir este programa en el Diplomado que realiza la FLACSO con Programas del Ministerio de Salud en forma anual, en el que se aplica la metodología descrita y se realiza una propuesta consistente. Sin embargo, esto no asegura la viabilidad del diseño, por que como se mencionó el desarrollo del Programa y el cierre paulatino de brechas está directamente sujeto a disponibilidad de recursos financieros

4.- El estudio de la implementación de un periodo de vigencia del componente 1, no se considera pertinente, mencionados ya la necesidad de intervención permanente en personas mayores, por la instalación de factores de riesgo intrínseco y extrínseco en cortos periodos. Si se cree que se debe mejorar la interfase entre ambos componentes y estudiar mecanismos de apoyo que promuevan la continuidad y seguimiento del Programa en las personas mayores intervenidas e insistir con las propuestas de expansión, considerando además de nuevos territorios, el refuerzo de recursos humano en lugares con mayor número de personas mayores, que no es posible cubrir con el recursos disponible actualmente.

5.- Para llegar a lo que propone el Panel respecto a “redes comunitarias sociales funcionantes”, se considera un abordaje mayor al entregado por el Programa que incorpore otros actores relevantes y en que el Programa se encuentra trabajando para el Desarrollo del Modelo Sociosanitario para personas Mayores, determinado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor y con el apoyo metodológico del Laboratorio de Gobierno.

La identificación de productos, se está abordando en la actualización de la Orientación Técnica y acciones de acompañamiento técnico desde el nivel central y los Servicios de Salud.

### **Implementación del programa**

1.- La mejora de los sistemas de información recomendada, supone la modificación del registro habitual del Programa y los Centros de Salud, por lo que implica el análisis de un sistema nuevo de registro y seguimiento, el que se observa favorable al desarrollo del Programa, pero requiere mayor soporte logístico y financiero, el que será incluido en el rediseño del Programa mediante el proceso de formulación Ex ante.

2.- La realización de un estudio de cargas laborales relacionada con la gestión del Programa a nivel central y en regiones, y el seguimiento de los Servicios de Salud, se observa desde la referencia técnica como favorable, dadas las carencias identificadas en el acompañamiento técnico dirigido hacia aquellos Servicios con menores desarrollo o para la implementación del Programa en comunas nuevas. Su realización depende de determinaciones que están fuera de las posibilidades del cargo. 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.

3.- El refuerzo y formalización de los mecanismos y actividades de coordinación entre el Programa y otros equipos al interior de la Institución, se ve como una necesidad para regularizar las acciones destinadas a la coordinación y optimizar el uso y funciones de los equipos. La definición de liderazgos en esta área no corresponde a esta referencia técnica.

4.- La elaboración y aplicación de una encuesta de satisfacción usuaria del Programa estandarizada para todos los Servicios, no se contempla dentro del diseño del Programa, pudiendo estudiarse su factibilidad y atingencia, una vez que sea aprobado el rediseño en Ex ante.

### **Economía y eficiencia**

1.- La implementación de nuevos sistemas de registro de información financiera para conocer la distribución de los gastos en forma desagregada, debe estudiarse considerando el objetivo de un sistema de registro adicional y la existencia de funciones determinadas para los Servicios de Salud respecto a la evaluación y seguimiento de la utilización de gastos del Programa, siendo a estas instituciones a las que los Municipios rinden los gastos del Programa.

2.- La estandarización de convenios suscritos entre los Servicios de Salud y Municipios, así como con aquellos establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, se revisará según pertinencia, proponiéndose la incorporación de un convenio tipo en la nueva Orientación Técnica del Programa.

3.- La recomendación de la implementación de sistema de reporte de gasto que permita tener una mejor visibilidad respecto al uso efectivo de los recursos, se sugiere sea revisada, pues a nivel de Servicios de Salud existen sistemas para reporte de gastos, pues es una de las funciones que deben desempeñar, no correspondiendo al nivel central esta tarea.

4.- El desarrollo de un sistema de valorización de recursos entregado anualmente a los establecimientos para seguimiento y actualización, para fácil seguimiento y actualización, si bien responde a las necesidades planteadas por esta EPG y se observa como favorable para la evaluación del uso de gastos para este tipo de evaluaciones, no corresponde a las funciones desarrolladas a nivel central para el Programa a nivel técnico y financiero.

La estandarización de criterios empleados en el financiamiento de RRHH en los establecimientos de dependencia municipal y de Servicios de Salud, no considera la existencia de valorización de cargos establecidos legalmente para los Servicios de Salud y el financiamiento diferenciado a través de Carrera Referencial Lineal para establecimientos dependientes de municipios.

5.- La elaboración de un instrumento de registro de aporte de terceros al desarrollo del Programa hacia el nivel central, no forma parte del diseño de un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, por lo que se revisará esta recomendación y su relación con el logro de los objetivos y mejoramiento de estrategias del Programa.



Reg. 45 - 11/20

ORD. N° **1428**

**ANT.:** Ord. N°1145 de DIPRES, de fecha 13 de junio de 2019 y Ord. N°2245 de DIPRES, de fecha 7 de octubre de 2019.

**MAT.:** Envía Informes Finales de Evaluación Focalizada de Ámbito (EFA), Proceso 2019; y de Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), Proceso 2020.

**SANTIAGO, 15 JUN 2020**

**DE : SR. MATÍAS ACEVEDO FERRER  
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS**

**A : SR. ENRIQUE PARIS MANCILLA  
MINISTRO DE SALUD**

1. Como es de su conocimiento, en el marco de las facultades que le otorga a la Dirección de Presupuestos el artículo 52 del DL. N°1263 de 1975, Orgánico de Administración Financiera del Estado y su reglamento, se comprometió la evaluación del programa "Residencias y Hogares Protegidos" y del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes", ambos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en las líneas Evaluación Focalizada de Ámbito (EFA) y Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), respectivamente; cuyos informes finales y resúmenes ejecutivos se adjuntan.
2. El conjunto de todos los informes finales con los resultados de las respectivas evaluaciones realizadas, se harán públicos junto al Informe de Finanzas Públicas del segundo trimestre de 2020, oportunidad en que también serán enviados al Congreso Nacional de Chile y publicados en la página web de la DIPRES.
- 3. Como parte del mencionado proceso, se solicita a Ud. la elaboración de una respuesta institucional, para cada evaluación, que refleje la opinión de su institución respecto de la evaluación en su conjunto, y postura respecto de los resultados. Dichas respuestas deberán ser enviadas a esta Dirección a más tardar el día → miércoles 24 de junio de 2020, para remitirlas al Congreso Nacional de Chile y adjuntarlas a los respectivos informes finales que serán publicados en la página web de la DIPRES.
4. Cabe recordar que durante la evaluación se contó con la participación de profesionales de su Ministerio, designados como contrapartes: dos coordinadoras ministeriales y el equipo responsable de los programas evaluados. El proceso de evaluación consideró la entrega de informes de avance y un informe final, los que fueron enviados oportunamente a su institución para revisión, efectuándose, además, reuniones técnicas para tratar temas en específico.

5. Una vez enviados los informes finales y las respuestas institucionales al Congreso, comienza una nueva etapa de elaboración de compromisos a partir de las recomendaciones elaboradas por el panel evaluador. Para ello, DIPRES tomará contacto oportunamente con la contraparte de su institución para iniciar el trabajo de establecer, de común acuerdo, los compromisos institucionales que apunten a mejorar el desempeño de los programas en aquellos aspectos evaluados como deficitarios.
6. Para efectos de realizar las actividades señaladas, la División de Control de la Gestión Pública de esta Dirección se comunicará con la Sra. Lizzy Calcagno Guerra, Jefa del Departamento de Administración y Desarrollo Institucional de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y con la Srta. Ivanna Vidal, Analista de Gestión del Departamento de Control de Gestión, ambas nombradas como contrapartes en su Ministerio de las respectivas evaluaciones.
7. Quiero aprovechar esta oportunidad para agradecer la colaboración y buena disposición de los profesionales de su Ministerio en el proceso evaluativo, en particular, extender estos agradecimientos al personal de los Programas evaluados, cuya participación fue fundamental para llevar a cabo la evaluación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.,



SRB/RDM

Adj.: CDs con Informes Finales Evaluación

Distribución

- Sr. Ministro de Salud
- Sr. Subsecretario de Redes Asistenciales
- Sra. Lizzy Calcagno Guerra, Jefa Departamento de Administración y Desarrollo Institucional, Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Srta. Ivanna Vidal, Departamento de Control de Gestión, Gabinete Ministro
- Dirección de Presupuestos
- División de Control de Gestión
- Oficina de Partes DIPRES
- Archivo