

# Más Adultos Mayores Autovalentes

Versión: 3  
Ministerio de Salud  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Año de inicio: 2015  
Año de término: Permanente

## 1. ANTECEDENTES

**Unidad responsable:** Departamento de Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria

**Nombre del encargado:** Nanet González Olate

**Cargo:** Profesional Asesor Referente área Envejecimiento División de Atención Primaria

**Teléfono(s):** 225689393

**E-mail:** nanet.gonzalez@minsal.cl

**Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:**

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
16	02	02			

**Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022":** Plan Adulto Mejor, Eje Vida Saludable: Promoción de una vida activa, participativa y saludable. Plan de Envejecimiento Ministerio de Salud, eje promocional y preventivo. Sistema Elige Vivir Sano para las siguientes líneas del Sistema:

- Alimentación saludable
- Prácticas deportivas
- Auto- cuidado
- Información, educación y comunicación.

**¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública?:** Elige Vivir Sano (EVS)

**Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):** La Misión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales es regular y supervisar la implementación de las políticas gubernamentales del sector, a través del diseño de estrategias, normas, planes y programas para mejorar la coordinación y articulación de la red asistencial buscando eficiencia y el correcto uso de los recursos fiscales. Centrar la gestión en las personas, implementando acciones de carácter preventivo y promocional, que permita anticiparse al daño y satisfacer las necesidades de la salud de los usuarios durante todo su ciclo vital.

**Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):** -Apoyar la optimización en la gestión a los Servicios de Salud y sus Establecimientos dependientes, para mejorar sus procesos clínicos y sus resultados, en el marco de las redes asistenciales integradas, que permita una mejora continua en el acceso y oportunidad, dando solución a los problemas de salud de la población a su cargo.

-Desarrollar estrategias en los Servicios de Salud que permitan optimizar operación para entregar las prestaciones GES y No GES, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida.

-Fomentar el desarrollo de competencias del equipo de salud a través de la implementación de un sistema de capacitación y perfeccionamiento que facilite la retención de estos para resolver los problemas de salud de la población.

-Actualizar la infraestructura, equipamiento y tecnología del nivel primario y hospitalario de los Servicios de Salud, mediante el Plan Nacional de Inversiones y la implementación de iniciativas digitales que permita la incorporación de nuevos hospitales, centros de salud familiar, centros comunitarios de salud mental y tecnologías con el fin de mejorar el acceso, oportunidad y satisfacción de nuestros usuarios.

-Optimizar el uso eficiente de los recursos, reconociendo los factores que condicionan mayores gastos en salud, explicitando el déficit estructural del sector para lograr el equilibrio financiero y avanzar en un modelo de financiamiento con mayor equidad.

**Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados:** Resolución Exenta N° 26 del MINSAL del 14.01.2020:

Aprueba Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, contiene descripción técnica del programa para su implementación y desarrollo en los establecimientos dependientes de municipios, servicios de salud y ONG, describe marco lógico del programa, incorpora componentes, recurso humano, productos y actividades del programa, mecanismos de evaluación y monitoreo, con antecedentes financieros y descripción de ítems financiados por el Programa. Resolución Exenta N° 73 del Ministerio de Salud del 19.02.2020: Distribuye recursos para el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, indicando presupuesto a ejecutar en cada uno de los 29 Servicios de Salud, con la correspondiente descripción por ítem presupuestario. Convenios anualmente suscritos entre los Servicios de Salud y los municipios en que se implementa el Programa: determinan implementación técnica y financiera del Programa, cumplimiento de metas y establece responsabilidades en la ejecución de recursos. Resolución exenta N° 267 del 18.05.2020 MINSAL establece no reliquidación de los recursos asociados a Programa de Reforzamiento de Atención Primaria: Contiene descripción de modificación de Programas de Reforzamiento para la no reliquidación de recursos a causa de la pandemia por COVID-19. Decreto N° 49 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de Servicios Sociales del 25.06.2018: Aprueba la incorporación del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes al Sistema Elige Vivir Sano.

Decreto N° 162 del 2017: Promulga la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores: Resalta, que la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano. Reconoce que la persona, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades; también, la necesidad de abordar los

asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos con contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico y a la erradicación de la pobreza. Define "Envejecimiento": y lo asocia a interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio. Define "Envejecimiento activo y saludable" como un proceso de optimización de oportunidades de bienestar, de participación social, económica, cultural, espiritual y cívica, y protección, seguridad y atención, para ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez y contribución en sus comunidades y naciones.

## 2. DIAGNÓSTICO

**Problema principal que el programa busca resolver:** Deterioro de la condición funcional de la población de 60 años o más, beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud

**Analice cómo ha evolucionado el problema o necesidad, identificando su variación desde que se inició la implementación del programa hasta la actualidad, presentando datos cuantitativos que permitan dimensionar esta evolución y la necesidad de un cambio de diseño. Asimismo, se debe caracterizar a la población afectada por el problema (población potencial), utilizando la fuente de información más actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros). Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.):** La funcionalidad es el principal indicador de la salud de las personas mayores. 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).

Es sabido que la población de personas mayores tiene riesgos y que para enfrentarlos o superarlos requiere apoyos, sobre todo por las determinantes sociales que inciden en el nivel de salud de los individuos y las comunidades. Las necesidades son cada vez más altas y exigentes para quienes envejecen, requiriendo por lo tanto una diversificación de esfuerzos para satisfacerlas.

Los bienes y servicios que el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes 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 y a través del Programa de Gobierno y el Envejecimiento Positivo identificado como el modelo de abordaje de la vejez para Chile (DIPRES, Informe FINAL EPG, 2020).

Puesto que la funcionalidad, anteriormente descrita, puede verse deteriorada por la existencia de factores tanto propios de la persona mayor como del medio en que se desempeña, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes interviene tanto en factores condicionantes de la funcionalidad a nivel individual, colectivo y de servicios locales, mediante sus componentes.

Teniendo en cuenta que la población de personas de 60 años y más inscritas validadas en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, entre los años 2014 y 2020 ha experimentado un crecimiento de 521.758 personas, equivalente a un 24% respecto a la magnitud poblacional de este grupo etéreo en 2014, y superando ampliamente el crecimiento del total de la población inscrita validada que se ha incrementado en un 6% entre los años mencionados, se ha determinado que la población de personas mayores constituye uno de los principales grupos a intervenir para mantener o mejorar su condición de salud. Entre las estrategias destinadas a este fin, destaca a nivel nacional el modelo de intervención propuesto por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

En conjunto, al analizar la representación de la población de 60 años y más sobre el total de los inscritos validados en los establecimientos de atención primaria, y su incremento de un 3 % respecto al porcentaje que representa dentro de la población inscrita validada (16% en el año 2014 a un 19% en el año 2020)(FONASA, 2020), se releva la importancia de abordar a la población objetivo de este programa, la que constituye el 85% de la población de personas mayores, dada la labor de la atención primaria de salud en la promoción estilos de vida saludable, autocuidado de salud, control de enfermedades crónicas y mantención o mejora de la condición funcional.

Los problemas descritos se pueden ver agravados debido a que se proyecta que para el año 2050 porcentualmente las personas mayores se duplicarán, alcanzando el 32% (6.942.883) en relación al total de la población nacional, lo que implica la necesidad de prever estrategias promocionales y preventivas que procuren que esta población acceda a intervenciones para mantener o potenciar su estado de salud y su conexión con redes comunitarias adecuadas a dicho fin. (SENAMA - FACSO U. de Chile, 2015).

Cabe señalar que, en el año 2013 y 2016, son las dificultades económicas y de salud los principales problemas que dicen haber presentado las personas mayores en el período. Así la jerarquía de problemas reportados para el 2016 fueron problemas económicos (29,9%), enfermedad grave de un cercano (24,9%), problema de salud o accidente de importancia (22,5%), muerte de una persona muy cercana (19,8%) y hospitalización u operación (11,4%) .

Se ha reportado que en general la percepción de salud global de las personas mayores ha mejorado, existiendo un porcentaje superior al 50% que declara sentirse bien de salud al año 2016. La consideración de tener buena salud no se diferencia por sexo, pero es superior en aquellas personas entre 60-74 años comparado con el grupo de edad superior y siendo mejor en las personas con mayor nivel educacional. Respecto al consumo de fármacos, se reporta un 17% de personas mayores consume más de 6 fármacos, no existiendo diferencias por sexo, siendo más frecuente en las edades más avanzadas y en personas mayores con menor nivel educacional. Las principales condiciones de salud descritas por las personas mayores son las enfermedades crónicas no transmisibles, artrosis, dolores, insomnio y depresión, abordables mediante acciones promocionales y preventivas desarrolladas por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Respecto a hábitos saludables como la práctica de actividad física, en el año 2016 el 47% de las personas mayores no realizó o casi nunca realizó actividad física, constatándose que los hombres y las personas de mayor nivel educacional son las que realizan más actividad física.

Esta encuesta de percepción lleva a afirmar que las personas mayores están afectadas por diversas vulnerabilidades y que, las brechas de desigualdad y de exclusión social influyen en las posibilidades de un envejecimiento activo y positivo, situación que se mantiene constante entre los años 2013 y 2016 (PUC- Caja Los Andes, 2017)

**A partir del problema o necesidad identificado, detalle la/s causa/s que generan dicha situación negativa, considerando aquellas causas que se relacionan al ámbito de acción de la institución responsable del programa y de la/s que el programa se hará cargo de resolver a través de los componentes de su estrategia de intervención. Señale la fecha y fuente de información utilizada:** Envejecimiento Poblacional: 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, vinculándose directamente al incremento sostenido en magnitud y peso que representan las personas mayores dentro de la población beneficiaria de los centros de atención primaria (FONASA, 2020). Las proyecciones para el año 2050 son que la cohorte de 80 años y más alcanzará al 28% (1.944.581) respecto al total de las personas mayores. Se ha estado produciendo lo que se ha denominado un "envejecimiento de la vejez" que tiene importancia, puesto que se sabe que existe una relación entre dependencia y edad avanzada, por el aumento de situaciones de discapacidad y disfuncionalidad severa que debe ser considerada cuando se formulan políticas e intervenciones para esta población.

Vulnerabilidad del grupo objetivo: Las personas mayores por aspectos biológicos y sociales se consideran vulnerables, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por los recursos personales, económicas, del entorno, familiar, comunitario, y de acceso a los servicios de salud. (Guerrero N, Yépez MC, 2015)

Existen factores de riesgo presentes en la población beneficiaria de los establecimientos de APS que incrementan la vulnerabilidad en personas mayores como vivir en regiones deprimidas económica, social y geográficamente alejadas, no disponer de acompañamiento para su cuidado y tener enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (Guerrero N, Yépez MC, 2015) presente en al menos un 64% de la población de personas mayores (DEIS MINSAL, 2019). Estas causas y su modificación o limitación de efectos se deben considerar en la prestación de los servicios de salud destinados a las personas mayores.

La falta de acceso a información y aprendizaje para el autocuidado de salud, para el manejo de enfermedades crónicas, y la pérdida de redes sociales y de apoyo, resulta en la desvinculación de su entorno habitual y comunidad cercana de manera progresiva, todos factores intervenidos por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes que previene la disminución de las capacidades relacionadas con el desempeño individual y social de las personas, interviniendo a sujetos, comunidades y servicios para fortalecer las capacidades para enfrentar el envejecimiento.

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.

Requerimiento de entornos facilitadores para las personas mayores: Las personas mayores requieren entornos de vida facilitadores y de apoyo para compensar los cambios físicos y sociales asociados al envejecimiento (OMS, 2007). La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores están relacionados con trastornos crónicos, especialmente enfermedades no transmisibles. Muchos de esos trastornos se pueden prevenir o retrasar mediante comportamientos saludables y entornos físicos que los promuevan. Incluso en el caso de que surjan enfermedades crónicas, sus consecuencias pueden limitarse mediante cuidados integrados que permitan fortalecer y mantener las capacidades o invertir su declive. En cuanto a las personas cuyas capacidades disminuyen de forma considerable, los entornos favorables pueden promover la dignidad, la autonomía, el funcionamiento y el crecimiento personal continuado. Sin embargo, el mundo está muy lejos de este ideal, en particular en el caso de las personas mayores pobres y las pertenecientes a grupos sociales desfavorecidos .

Déficit en la formación de equipos que trabajan con personas mayores: Este es un problema transversal a las carreras sociales y sanitarias y es una de las líneas claves reconocidas internacionalmente para las políticas públicas de salud destinadas a personas mayores (Marín PP, 2007) y el fomento del envejecimiento activo. Por otra parte, mediante un levantamiento interno a través de una encuesta a los equipos del programa, se determinó la necesidad de contar con capacitación para un mejor manejo en las áreas de trabajo intersectorial con personas mayores y el abordaje de diferentes dimensiones del autocuidado de salud de las personas mayores como duelo, sexualidad y medicina complementaria (DIVAP, 2018)

**Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional:** El Programa aborda el ejercicio de la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor, las que están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, favoreciendo la calidad de vida y obstaculizando la aparición de cambios biopsicosociales significativos en la vejez ( Duran D. & cols. 2008 ISSN 1657-9267). El Programa previene además efectos como la disminución en la capacidad funcional mediante la intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado en ambos componentes y el afrontamiento positivo de la vejez cuando el adulto mayor cuenta, entre otros, con un entorno ambiental seguro, vínculos familiares y acceso a la atención en salud (Pérez & García, 2003).

Por otra parte, al promover el envejecimiento exitoso y saludable mediante la intervención de la funcionalidad biológica y social permitiendo la plena integración social y familiar de los que envejecen, implicando superar las barreras sociales y culturales que aún persisten se limita su efecto y el impedimento que ejercen sobre las personas mayores mayores impidiéndoles desarrollar sus potencialidades. Se reconoce que las modificaciones en este ámbito involucran al estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos (Peláez, 2000; Domínguez, 1982), todos incorporados en el diseño del Programa Más AM Autovalentes.

El no promover una mejor calidad de vida, ni intentar optimizar el funcionamiento físico, psicológico y social del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento, afecta los resultados de alto nivel de funcionamiento físico y mental, adecuada regulación emocional y motivacional y un elevado nivel de participación social en las personas mayores (PUC-Caja Los Andes, 2011)

Se espera evitar la instalación de la dependencia en personas mayores, con el consiguiente impacto de esta situación a nivel personal, familiar, de su comunidad, servicios de salud y sociales y costos asociados.

**De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados:** En términos de costo, se logró estimar el costo anual proyectado de un modelo de atención domiciliario básico en Chile para personas mayores, que se cifró en 1.214 millones de dólares anuales, con un crecimiento esperado de 33% entre 2012 y 2020. ( Matus-López y Cid Pedraza. Costos de la atención de adultos mayores dependientes en Chile Panam Salud Publica 36(1), 2014)

El costo de cuidado de una persona mayor dependiente bordea los 900.000 pesos mensuales ( "Modelos de cuidado de personas adultas dependientes, cuidadoras y su participación en el mercado laboral". Banco Interamericano de Desarrollo y Comunidad Mujer, Chile 2014), por tanto, prevenir la dependencia, manteniendo la funcionalidad y capacitando a la red comunal en autocuidado y envejecimiento positivo, permite un ahorro anual por persona mayor de \$10.800.000, lo que anualmente, considerando la actual cobertura del programa, permite un ahorro de \$2.160.000.000.000 en cuidado de personas dependientes, a lo que se deben sumar otros costos determinados por la mayor demanda de servicios sanitarios y sociales, el costo asociado a cuidado familiar, el costo asociado al impacto en la salud de los cuidadores, entre otros.

**Justifique la solicitud de reformulación del programa, detallando los resultados positivos y negativos que ha logrado el programa con su intervención, para lo cual debe considerar la presentación de resultados de indicadores de desempeño y/o de evaluaciones realizadas anteriormente. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados:** Según la evaluación de Programas Gubernamentales el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes presenta una buena evaluación en cuanto a eficacia a nivel de resultados intermedios y finales

(DIPRES, 2020). 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 el esta área es un ahorro para el país. El mismo informe específica que el Programa, presenta una ejecución presupuestaria perfecta y que existe concordancia entre la estrategia que define el programa y el diseño de las intervenciones, que se comprueba con los buenos resultados obtenidos.

Entre los resultados destaca que un 98% de las personas mayores que completa la intervención logra el objetivo de mantención o mejora de su condición funcional, que un 64% de los ingresos completa satisfactoriamente la intervención de 3 meses que propone el Programa (DEIS MINSAL, 2020). Junto a ello, se observa que un 65% de las Organizaciones ingresadas al Programa cuentan con Líderes Comunitarios capacitados para el fomento de la Estimulación Funcional y Autocuidado en sus organizaciones sociales, lo que posibilita la práctica de actividades para la mantención de la autonomía y autovalencia de las personas mayores.

Se ha visto 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 (FONIS Fonis SA1610137 "Percepción usuaria de beneficios en salud del componente de estimulación funcional del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes del Servicio de Salud Metropolitano Norte" (2019).

Se ha demostrado además que el Programa contribuye a un incremento en los niveles de socialización de los sujetos en estudio; en la autopercepción del estado y manejo de su salud y en el bienestar psicológico al enfrentar estados depresivos, contribuyendo así a un envejecimiento activo (Martínez MC, Aucapán AM, Muñoz L, Silva C. 2018, Horiz Enferm,29,2,138-151).

La solicitud de reformulación del Programa se presenta vista la necesidad de definir de mejor forma las Componentes del Programa, los productos y actividades asociados, considerando la evolución y crecimiento a nivel local y nacional, que determinan necesidades de mayor profundidad conceptual y operativa, para mejorar el Programa desde el punto de vista técnico y logístico y favorecer su desarrollo, considerando los diferentes escenarios en que se ejecuta en distintos establecimientos y comunas del país. Por otra parte, aparece la necesidad de formalizar aspectos implícitos del Programa para favorecer la comprensión del mismo en ámbitos externos a salud y a intervención comunitaria promocional y preventiva, de modo de generar procesos de evaluación y seguimiento contextualizados al tipo de intervención y gestiones propias del programa, evidenciados en la evaluación EPG.

En conjunto conocido el nivel de desarrollo y desafíos enfrentados por los equipos profesionales que desarrollan el programa( DIVAP, 2018) y los déficit en la formación en el pregrado para intervención comunitaria con personas mayores, se plantea un nuevo componente del programa para el desarrollo de un Plan de Formación Continua, destinado a mejorar los conocimientos y competencias para la atención promocional y preventiva de personas mayores, intervención comunitaria en salud y abordaje intersectorial de servicios para personas mayores (Formación en Medicina Orientada Hacia la APS, OPS 2008; Medwave, 2013)

**Detalle los cambios y mejoras que se implementarán en el programa reformulado en comparación con el diseño anterior, es decir, mencione aquellos elementos del programa que serán modificados a partir de este nuevo diseño (Ej.: población potencial, componentes, estrategia de intervención, indicadores, etc.):** Los cambios y mejoras se explican según dimensión del Programa:

Diseño del Programa:

-Se pretende explicitar criterios de asignación del Programa y definición de metas de cobertura por dupla profesional y Servicio de Salud, lo que entrega mayor claridad de la determinación de decisiones de implementación desde el nivel central y da cuenta del diseño diferenciado para territorios urbanos /rural en cuanto a meta de cobertura.

- Se postula un aumento progresivo de cobertura para disminución de la brecha de beneficiarios sobre la población potencial del programa.

-Según recomendación de DIPRES, se pretende rediseñar el Programa profundizando el enfoque de equidad y género, lo que mejoraría la estrategia de intervención avanzando en términos de Determinación Social de la Salud.

-Se espera mejorar la definición de integración de ambos componentes para el logro del objetivo del Programa, perfeccionando el enlace entre ambos.

- Se mejorará la identificación de productos del programa, profundizando los aspectos actualmente abordados en la Orientación Técnica y las acciones de acompañamiento técnico desde el nivel central y los Servicios de Salud.

Implementación del Programa

- Vista la necesidad de mejorar los sistemas de información recomendada incorporando nuevos registros para mejorar la evaluación y seguimiento, se precisa contar con herramientas dentro del Programa que permitan el desarrollo de estos sistemas, las que se esperan incluir dentro de los gastos administrativos del programa, Además se incorporan mecanismos que faciliten la difusión de información del programa y la colaboración entre las diferentes entidades involucradas, favoreciendo el desarrollo de la red del Programa.

- Se incorporará en el Programa un componente para la formación continua de los equipos que subsane las deficiencias en el área a nivel central y en los Servicios de Salud, para favorecer el perfeccionamiento continuo de los equipos que trabajan en el Programa para la atención de las personas mayores, trabajo con comunidades y complementariedad intersectorial.

Economía y eficiencia

-Dentro del la Evaluación de Programa Gubernamental realizada por DIPRES entre los años 2019 y 2020 se formuló la recomendación y el correspondiente compromiso por parte del MINSAL en lo respectivo a la entrega de lineamientos técnicos para la formulación de los convenios entre los Servicios de Salud y organismos ejecutores del Programa (Municipios, Establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y ONG), para la especificación de los ítems financiados por el Programa que corresponden a Recursos Humanos, Insumos (materiales para la ejecución del taller), Capacitación (materiales para el confort de las sesiones y capacitación de Líderes Comunitarios), Movilización (para traslados de dupla profesional del programa y participantes) y otros según financiamiento aprobado anualmente. Estos lineamientos técnicos serán entregados por el programa en el documento Orientación Técnica a emitirse durante el año 2021.

**Proporcione evidencia de experiencias nacionales y/o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar este nuevo diseño (reformulación) y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados:**

La etapa de transición demográfica actual del país y las proyecciones de un envejecimiento poblacional sostenido (INE,2020) justifican el perfeccionamiento de los programas promocionales y preventivos destinados a las personas mayores. Las características de la población de personas mayores de Chile, conocidos los antecedentes de inequidad experimentados, por causas sociales, económicas, geográficas, culturales territoriales, educacionales y de salud entre otras posicionan a este grupo como un grupo relevante dentro de la sociedad, considerando los diversos factores que inciden en la etapa de envejecimiento además de la magnitud de personas mayores.

El fomento del envejecimiento activo y del envejecimiento saludable, indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), aluden directamente al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez y que son promovidos a través de ambos componentes del programa para las personas mayores en forma individual y colectiva.

Se reconoce la autonomía, la participación social y el acceso a los servicios como elementos claves a considerar para el bienestar de la población de personas mayores (Sidorenko A., 2014; OMS, 2002). Estos elementos están contenidos en el diseño original del Programa y dada su evolución a cinco años de iniciado, se hace necesario una mayor precisión del diseño para su abordaje.

Se ha demostrado que los programas de estimulación con enfoque preventivo y comunitario, son efectivos en aumentar la longevidad, mejorar las condiciones crónicas, prevenir la dependencia, mejorar los estados cognitivos, mejorar la funcionalidad y la autoestima, lo cual permite al AM vivir una vida más plena y al sistema de salud actuar preventivamente y con costo efectividad. Se ha demostrado también que un programa de ejercicios aeróbicos para personas mayores mejora la fuerza y flexibilidad de miembros superiores, la capacidad aeróbica el equilibrio y la autoconfianza para caminar por el barrio. En conjunto con lo anterior, los programas de estimulación cognitiva que incorporan las actividades corporales unidas a un claro componente lúdico y social mejoran las capacidades psicosociales de los participantes y abren una línea importante de intervención debido a su buena aceptación ( Fuentes M. & cols, 2009; Vidarte J. % cols 2012, Rey A. & cols, 2011).

La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores están relacionados con trastornos crónicos, muchos de los cuales se pueden prevenir o retrasar mediante comportamientos saludables y entornos físicos que los promuevan. Incluso en el caso de que surjan enfermedades crónicas, sus consecuencias pueden limitarse mediante cuidados integrados que permitan fortalecer y mantener las capacidades o invertir su declive. En cuanto a las personas cuyas capacidades disminuyen de forma considerable, los entornos favorables pueden promover la dignidad, la autonomía, el funcionamiento y el crecimiento personal continuado (OMS, 2016). Se ha visto 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. (Gajardo, 2018)

Lo anterior, junto con los resultados del Programa, en que se da cuenta de la eficacia del programa (Informe EPG DIPRES 2020) refuerzan la decisión de potenciar el desarrollo del Programa y avanzar en términos de mayor cobertura de la población potencial, favoreciendo el acceso de personas mayores al Programa y la presencia territorial. Al mismo tiempo, surge la necesidad de perfeccionar la descripción técnica de los componentes y productos asociados al programa, tomando en cuenta la evaluación por parte de DIPRES y los resultados obtenidos de la Encuesta para la actualización de la Orientación Técnica del Programa, realizada en el año 2018 a equipos de atención primaria. Se ha visto necesario además, mejorar aspectos claves para el adecuado funcionamiento del programa como son el financiamiento del Componente 2 del Programa, el diseño de mecanismos para manejo de la información y el refuerzo del recurso humano destinado a la gestión y acompañamiento técnico de los equipos ejecutantes a nivel central y en los Servicios de Salud, entre otros, que permitan un mejor desarrollo y comunicación de los logros del Programa. Por otra parte, la inserción del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes dentro de la red de Servicios para personas mayores, requiere incorporar en el diseño acciones de articulación a nivel central y de Servicios de Salud para favorecer el desempeño intersectorial a nivel local. Tras cinco años de evolución, con los aprendizajes implicados en esta iniciativa innovadora, se considera un momento adecuado para revisar y mejorar el diseño del Programa.

### 3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

#### 3.1) Objetivo

**Fin del programa:** Prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidad individual y colectiva para enfrentar el envejecimiento.

**Propósito del programa:** Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria de salud del sector público de salud.

#### 3.2) Población potencial

**Descripción:** Personas de 60 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritas validadas en Centros de Salud de Atención Primaria, autovalentes y en riesgo de dependencia.

**Unidad de medida:** Personas

**Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente:** 2.244.237

**Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada:** FONASA para población inscrita validada y DEIS para determinar porcentaje de población que cumple con la condición funcional autovalente y en riesgo de dependencia, correspondiendo al 85% del total de población de 60 años y más inscrita validada en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

### 3.3) Población objetivo

**Descripción:** Para designar los establecimientos que desarrollan el programa, basándose en la disponibilidad presupuestaria, se utilizan los siguientes criterios de priorización y asignación, para determinar los establecimientos de salud en que se debería implementar el programa:

- Magnitud de población inscrita validada en establecimientos de APS, priorizando aquellos establecimientos de atención primaria que cuenten con 20.000 o más personas inscritas.

- Magnitud por edad de población inscrita validada en comunas: corresponde a comunas que, pese a no cumplir con el criterio anterior, presenten una población de personas de 60 y más años de 1000 o más personas mayores.

Una vez cumplidos los criterios anteriores, se realiza un ranking que considera los siguientes criterios de priorización de estos establecimientos o comunas\_

-Establecimientos o comunas con mayor vulnerabilidad socioeconómica (Pobreza, Ruralidad según CASEN)

-Establecimientos o comunas indicadores sanitarios asociados a muertes prematuras superiores (Años de Vida Perdidos según Estadísticas Vitales del INE)

-Establecimientos o comunas que cuentan con una valoración adecuada por parte del Servicio de Salud correspondiente respecto a su capacidad de gestionar e implementar el Programa (solicitud o valoración del Servicio de Salud respecto a la implementabilidad del programa)

Los criterios antes mencionados permiten ordenar a las comunas y/o establecimientos considerados como prioritarios para la implementación. La definición de cuantas y cuáles comunas serán beneficiadas por el programa depende de la disponibilidad presupuestaria que limita el número de comunas y/o establecimientos en que se puede implementar el programa.

Para el ingreso de las Personas Mayores al Programa, se establecen los siguientes criterios:

- Personas de 65 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva vigente y con resultado de Autovalente Sin Riesgo, o Autovalente Con Riesgo o En Riesgo de Dependencia, que manifieste su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado.

- - Personas entre 60 y 64 años, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva Vigente, que manifiesten su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado. Se considerará el control Cardiovascular vigente como requisito de ingreso, en caso de no contar con el Examen de Medicina Preventiva, en personas de 60 a 64 años.

-Disponibilidad de atención para ingreso y participación en el Programa, entregada por la capacidad del recurso humano dispuesto para la ejecución del Programa.

**¿Se utiliza el Registro Social de Hogares (RSH) para seleccionar a los beneficiarios?: No**

	2020	2021	2022	2023
Población objetivo	215.000	275.000	325.000	385.000

## 4.1) Estrategia

El programa presenta 3 componentes.

Nombre	Descripción
<p><b>INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL</b>  Prestaciones de Salud  (Prestaciones de Salud)</p>	<p>El objetivo es entregar el servicio de estimulación funcional y autocuidado grupal a las personas mayores (PM) que cumplen con los criterios de ingreso al programa. Dura 3 meses e implica dos sesiones semanales de 90 a 120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo y un(a) terapeuta ocupacional. Existen diferentes vías por las que las PM acceden al programa, entre las que se identifican 4 principales: derivación desde el equipo de salud, como parte de los flujogramas establecidos a nivel local con este fin; como integrante de organización social que ingresa al programa, por acciones de difusión; derivación del intersector que conoce el programa y se vincula a él; desde la comunidad por solicitud de la persona mayor o gestión de actor comunitario.</p> <p>Los grupos de PM intervenidos, se conforman de distintas maneras: exclusivamente por PM participantes de una misma organización; por PM sin relación previa entre sí, derivadas por equipo de salud, intersector o comunidad; en forma mixta, en la que una parte del grupo pertenece a una organización y otra corresponde a personas derivadas desde los diferentes sectores.</p> <p>Las PM manifiestan la voluntariedad de ingreso y participación mediante la firma del Compromiso Informado. Son evaluadas al ingreso y al egreso del programa con el Cuestionario de Funcionalidad y el Test Timed Up And Go. Al inicio de la intervención se presenta a cada grupo los objetivos del programa y se determina con las PM los aspectos a abordar dentro de este componente, teniendo en consideración sus necesidades e intereses, para la pertinencia de las actividades a desarrollar. El proceso de estimulación funcional y autocuidado grupal, se compone de un total de 24 sesiones mixtas, en las que se reúne intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado. La metodología de desarrollo del programa es la de Educación Popular y Aprender Haciendo descrita en los documentos técnicos. Dentro de estas sesiones también participa el equipo de salud y servicios locales, para abordar el autocuidado y bienestar en forma integral. Existe un documento de apoyo denominado Cuadernillo del Participante y un Manual para los equipos del Programa.</p> <p>Se incentiva la participación de las PM y el progresivo avance para la adquisición de rutinas de ejercicios de estimulación funcional y autocuidado, mediante actividades colaborativas facilitadas por las PM. Esto además de potenciar los logros alcanzados, permite identificar a líderes para el componente 2. Este componente contempla una evaluación participativa respecto a la percepción de las personas mayores sobre los talleres y sus propuestas de mejora, que consiste en diferentes técnicas para facilitar el diálogo, la identificación y priorización de opiniones y propuestas de los participantes. El programa aporta el financiamiento de RRHH e insumos para los talleres y elementos para la comunicación con las PM y el confort de las sesiones.</p> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 344.000 Talleres realizados y evaluados por los participantes.</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 17.250.000</p>



Nombre	Descripción
<p><b>FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTIMULACIÓN FUNCIONAL EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES.</b>  Prestaciones de Salud  (Prestaciones de Salud)</p>	<p>El objetivo es entregar un servicio de fomento del envejecimiento activo y positivo a la red local compuesta por organizaciones de personas mayores y servicios locales. Basa su intervención en el desarrollo de un proceso diagnóstico para la acción mediante el mejoramiento de capacidades colectivas e intersectoriales para el envejecimiento de las comunidades. Comienza con la identificación de características locales que entregan un mayor conocimiento al equipo del programa respecto a la realidad de las comunidades intervenidas, facilitando la adaptación del programa al contexto local y planificación pertinente de actividades. Además, se realiza un Catastro de Organizaciones Sociales de PM (o se actualiza la base de datos) , y un Catastro de Servicios Locales con oferta para PM (o respectiva actualización). Posteriormente, corresponde la realización de la etapa de diagnóstico participativo, en la que se trabaja en el levantamiento de necesidades y propuestas para el Autocuidado de PM, para determinar los contenidos de la Capacitación de Líderes Comunitarios del Programa. En él participan PM vinculadas al programa a través del Componente 1, equipos de salud, integrantes de servicios locales, otras entidades y autoridades. Usando metodología participativa, se generan espacios reflexivos y de diálogo para conocer cuáles son los aspectos identificados como relevantes y necesarios de abordar en torno al autocuidado y estimulación funcional de las PM y se priorizan según importancia en cada comunidad. A partir de ello se genera junto a las PM, la Planificación de la Capacitación de Líderes Comunitarios. Éstos corresponden a PM de organizaciones formales o informales que generan acciones en sus grupos tendientes a potenciar los logros del programa mediante la continuidad de acciones de autocuidado, entre las que se cuentan el acceso a información clave para las PM, la estimulación funcional física y cognitiva, apoyo en gestión de beneficios, promoción de derechos de las PM, entre otras. Se ha visto como necesario para mejorar este componente el contar con acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa hacia estos líderes y sus grupos, para favorecer el reconocimiento entre sus pares, generar espacios de aprendizaje continuo y retroalimentación respecto a su práctica en las organizaciones y potenciar la interfase entre ambos componentes.</p> <p>El Programa en este componente aporta horas de recurso humano para el seguimiento de los Líderes Comunitarios. Con la reformulación, se pretende mejorar la descripción de las acciones de este componente para facilitar su desarrollo y aumentar el recurso humano disponible para la ejecución de este componente, contando con mayor cantidad de horas profesionales para la gestión de la información, proceso de diagnóstico participativo, desarrollo y monitoreo de los Planes Intersectoriales, y seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios.</p> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 7.000 Organizaciones Sociales con Líderes Comunitarios Capacitados</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 1.500.000</p>

Nombre	Descripción
<p><b>PLAN DE FORMACIÓN CONTINUA PARA EQUIPOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES</b> Capacitaciones / Cursos / Charlas (Cursos, charlas y talleres)</p>	<p>Su objetivo es entregar formación continua para el desarrollo y ejecución del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para los profesionales que ejecutan el programa en Servicios de Salud y establecimientos de Atención Primaria (APS), capacitando en aspectos de gestión del programa y de intervención sociosanitaria en personas mayores (PM). Se realizará el diseño y la implementación de Plan de Formación Continua destinado a los funcionarios antes indicados, estableciendo niveles progresivos de capacitación en conocimientos y competencias para el desarrollo del Programa. Además de los aspectos establecidos por programa, se desarrollarán actividades para determinar necesidades identificadas por los equipos del programa en capacitación. Se contempla el diseño y desarrollo de contenidos con una entidad académica acreditada, quien deberá disponer de la plataforma para la realización del curso y realizar las actividades acordadas con la referencia técnica del Programa. El primer Nivel del Plan de Formación consideran 4 cursos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Introducción Programa Más Adultos Mayores Autovalentes": Descripción Programa, definición componentes y productos, implementación en centros de atención primaria y municipios, mecanismos de seguimiento y evaluación del programa (60 horas)</li> <li>- "Metodología de Intervención en Comunidades de Personas Mayores": Modelos de Atención en PM, Metodologías de Educación para PM e intervención del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (40 horas)</li> <li>- "Procesos Participativos e Intersectoriales del Programa": organizaciones de PM y comunidad no organizada, Diagnóstico Participativo, intersectorialidad (60 horas).</li> <li>- "Gestión y Acompañamiento técnico para la referencia técnica del Programa": gestión para la implementación, desarrollo y evaluación del programa a nivel local y acompañamiento técnico de los equipos de atención primaria (40 horas).</li> </ul> <p>El Segundo Nivel de Formación contempla 3 cursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Atención Integral de PM en APS: Evaluación y atención integral e integrada de PM. Cartera de servicios y organización de las prestaciones disponibles para el cuidado de la salud de las personas mayores (60 horas).</li> <li>- "Técnicas de evaluación e intervención funcional en PM": Estimulación funcional motora y cognitiva, y de autocuidado en salud de desarrollo grupal y a través de vías presenciales y remotas (60 horas).</li> <li>- "Modelo Sociosanitario para el envejecimiento activo y positivo": Políticas públicas de envejecimiento, modelo sociosanitario de atención de PM, complementariedad de servicios y atención centrada en la persona mayor (60 horas).</li> </ul> <p>Estos cursos son sumatorios al nivel anterior y conducentes al Nivel de Diploma del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, para quienes hayan aprobado 3 de los cuatro cursos básicos más uno del segundo nivel (200 horas). Todos exigen un 100% de participación en las clases y se aprueba con el 70% de exigencia de la actividad final de cada curso (prueba selección múltiple, otra según temática del curso)</p> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 1.000 Profesionales capacitados por el programa.</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 500.000</p>

**Estrategia de intervención:** El programa corresponde a una intervención promocional y preventiva para las personas de 60 años y más mediante el trabajo de una red de equipos profesionales que intervienen a las personas mayores, sus comunidades y el trabajo intersectorial, abordando diferentes aspectos involucrados en la condición funcional de las personas mayores como son la práctica de actividad física, prevención de caídas, estimulación cognitiva, habilidades de autocuidado y estilos de vida saludable, mejorando la capacidad individual, organizacional e intersectorial para enfrentar el envejecimiento y la vejez, considerando las características de cada localidad donde se implementa.

El Componente 1 del Programa: Intervención Sociosanitaria Promocional y Preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional entrega servicios de estimulación funcional motora y cognitiva y educación para habilidades en autocuidado, mediante talleres grupales de tres meses de duración, para personas mayores derivadas desde el centro de salud, desde servicios locales, desde las organizaciones sociales de personas mayores que ingresan al programa o desde la propia comunidad. Estos talleres son realizados por la dupla profesional del programa en forma principal y consideran la participación de otros integrantes del equipo de salud o de servicios locales, según las necesidades identificadas por cada grupo de personas mayores intervenidos. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores y organizaciones sociales de personas mayores.

El Componente 2 del Programa: Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales entrega entre otros un proceso diagnóstico participativo conducente al levantamiento de necesidades de las personas mayores para su autocuidado y estimulación funcional para generar la Capacitación de Líderes Comunitarios del Programa, que capacita a personas mayores participantes del programa para el desarrollo de actividades en sus organizaciones en forma continua. Este componente es desarrollado por la dupla profesional del programa y contempla además acciones de acompañamiento a los Líderes Comunitarios. Además, en este componente, se identifican las organizaciones sociales de personas mayores y los servicios locales con oferta para personas mayores y se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo, tendientes a formalizar las acciones colaborativas entre el sector salud y otros sectores locales para avanzar en la articulación de las entidades que lo representan y en la complementariedad de la oferta. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores líderes comunitarios, a las organizaciones sociales y a los servicios locales.

El Componente 3 del Programa: Plan de Formación Continua para equipos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, presenta una estrategia para el desarrollo progresivo de conocimientos y competencias por parte de los equipos que ejecutan el programa en el trabajo directo con personas mayores y en el área de acompañamiento técnico y de gestión del programa. Los beneficiarios de este componente son los profesionales que participan en la ejecución del Programa en los equipos de atención primaria y en los Servicios de Salud.

El Programa contempla un sistema informático para incorporar el registro rutificado de los participantes para la realización del seguimiento de su trayectoria dentro del programa y sistematizar los datos a nivel central y a nivel local. Además, se logra la sistematización de los resultados de las evaluaciones participativas realizadas por las personas mayores en el componente 1, de manera de lograr un análisis con mayor sincronía y fluidez para la evaluación e implementación de mejoras al programa atinentes a las necesidades y propuestas de las personas mayores. Por otra parte, este sistema informático posibilita la difusión de aspectos técnicos del programa y la comunicación entre los equipos a nivel nacional, favoreciendo el desarrollo de la red de equipos y el registro de las organizaciones sociales y líderes vinculados al programa.

**Tiempo de duración del ciclo de intervención del programa: Indique en cuántos meses/años promedio egresarán los beneficiarios del programa:** 3 años

**Criterios de egreso:** Para el componente 1, participación en al menos 18 de 24 sesiones. Componente 2: Sin criterios de egreso, los Líderes Comunitarios se mantienen en acompañamiento y actualización permanente. Componente 3: No aplica

**¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa?:** Si, Pueden acceder una única vez por años al Programa. Si, Las personas mayores pueden participar del componente 1 una vez al año, conforme a la vigencia del examen de medicina preventiva que constituye un criterio de ingreso. En el componente 2 las Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados se mantienen dentro de la red del Programa. En el componente 3 los profesionales del programa participan en forma progresiva del Plan de Formación Continua.

**Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter "preventivo", (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar):** El foco del programa es la prevención del daño, entendido como la instalación de la dependencia en personas mayores (necesidad de asistencia de terceros por pérdida de la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria en forma independiente).

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 (Informe EPG DIPRES 2020)

**Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa:** El programa interviene organizaciones sociales de personas mayores a las que pertenecen los beneficiarios. Se incorpora a la familia en algunas de las actividades de autocuidado desarrolladas en el hogar.

#### 4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

**Ejecución:** El programa es ejecutado por terceros.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Servicio de Salud	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Programa	Ejecutar el Programa en los establecimientos de su dependencia y firmar convenio para transferencia de recursos a municipios y ONG. Responsable de guiar e instruir el desarrollo del programa mediante Referentes Técnicos, correspondientes a funcionarios del Servicio de Salud, quienes se encargan de apoyar la implementación, evaluar el desarrollo y apoyar en las articulaciones intersectoriales.	El Programa se desarrolla en todos los servicios de salud, pues todos tienen en su jurisdicción comunes que cumplen con los criterios de asignación del programa.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Municipios a través de Direcciones de Salud o Corporaciones de Salud	Municipio o Corporación Municipal	Programa	El Municipio es el encargado de implementar a nivel local el programa, recibe los recursos desde el Servicio de Salud, contrata a los profesionales para desarrollar el programa, realiza las compras asociadas y rinde los recursos ante los Servicios de Salud. Es quien favorece los procesos de complementariedad de las acciones sociosanitarias a nivel comunal.	Municipios de población que cumpla con los criterios de inclusión antes descritos.

**Articulaciones:** El programa se articula con otras instituciones.

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	INSTITUCIÓN PÚBLICA	La articulación se produce mediante la formulación y entrega conjunta de lineamientos técnicos para el abordaje sociosanitario de personas mayores a nivel territorial y el desarrollo de actividades que potencien estos lineamientos entre el Programa Más Adultos Mayores y Programas del SENAMA como Vínculos, Condominios de Viviendas Tutelada, Buen Trato y Otros.
MINISTERIO DEL DEPORTE	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	MINISTERIO	La articulación se debería dar a nivel de lineamientos para las intervenciones para potenciar los resultados de ambas instituciones, mejorar las coberturas y organizar los programas del MINDEP que tienen dentro de su población objetivo las personas mayores. Por otra parte se debería dar en cuanto al resguardo de las condiciones sanitarias dentro de la población intervenida y el traspaso de información desde el sector salud y a la inversa.

**Complementariedades Internas:** El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de la misma Institución o Servicio Público.

Nombre	Nivel	Descripción
--------	-------	-------------

Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	A nivel de política pública y gestión	Ambos programas abordan a integrantes de familias beneficiarias de los centros de atención primaria. La complementariedad se da por la pesquisa y derivación de población beneficiaria de uno u otro programa y las gestiones en el centro de salud según las necesidades identificadas. El Programa Más Adultos MAYores puede potenciar el abordaje de los cuidadores de personas con dependencia, mediante los talleres de estimulación funcional y autocuidado.
Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria (FOFAR)	A nivel de gestión	En la gestión territorial el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes realiza acciones complementarias con el Programa Fondo de Farmacia para la educación de las personas mayores en el uso correcto de Fármacos. El Programa Fondo de Farmacia apoya al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes con las derivaciones de usuarios identificados dentro de la población objetivo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

**Complementariedades Externas:** El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de otra(s) Institución(es) o Servicio(s) Público(s).

Ministerio u Organismo	Servicio	Nivel	Nombre programa	Descripción
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional del Adulto Mayor	A nivel de política pública y gestión	Envejecimiento Activo	Complementariedad mediante la identificación y desarrollo de estrategias para potenciar los logros de ambos programas y favorecer la continuidad de las intervenciones en las personas mayores.
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional del Adulto Mayor	A nivel de política pública y gestión	Buen Trato al Adulto Mayor	Complementariedad entregada por la facilitación de espacios por parte del Programa Más Adultos MAYores Autovalentes para la difusión y acceso de personas mayores al Programa de Buen Trato, y a su vez por el apoyo de este último en la capacitación de personas mayores en términos de protección de derechos.
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de Servicios Sociales	A nivel de política pública y gestión	Apoyo Integral al Adulto Mayor Vínculos - SSy OO	En integrar a nivel central y local los lineamientos técnicos para el desarrollo integrado en las comunas, pesquisa de personas mayores susceptibles de intervenir y abordaje integrado sociosanitario.

### 4.3) Enfoque de Derechos Humanos

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Género	Si	Aborda a las personas mayores según sus inquietudes e intereses para el autocuidado de salud, por tanto considera la perspectiva individual de cada persona según su género para la planificación de actividades. Para el monitoreo nacional del programa se evaluarán los indicadores de resultado del programa (mantención o mejora de la condición funcional) disgregados por sexo.	
Pueblos indígenas	Si	La complementariedad se da a nivel de gestión mediante la articulación de los lineamientos técnicos para la atención integral de las personas mayores emanadas desde el MINSAL.	
Pertinencia territorial	Si	El programa considera la pertinencia territorial, pues solicita un diagnóstico de situación para planificación de acciones dentro del territorio y planificación participativa de cada comuna intervenida. Cada municipio que desarrolla el programa debe realizar un diagnóstico de situación considerando las determinantes territoriales (población, historia, antecedentes culturales, socioeconómicos, educacionales y otros) para determinar las formas de abordaje de la población y los procesos de capacitación de Líderes Comunitarios y formulación de Planes Intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo. Por otra parte en los criterios de asignación se consideran características socioeconómicas y sanitarias de cada comuna.	
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	No		Su población objetivo es la de 60 años y más, por tanto no se dirige a personas mayores no a niños ni adolescentes.
Discapacidad	Si	Si, el programa actúa como programa preventivo de deterioro funcional en población mayor y por tanto de la instalación de la discapacidad. En la evaluación de resultado de la intervención mide la variación de la condición funcional de la persona mayor variable asociada al desempeño y a la discapacidad.	
Migrantes	Si	El programa supone en su diseño la generación de acciones según las características de cada comunidad intervenida. Una emergente que ha aparecido y ha sido reportada a nivel local es la condición migratoria de las personas mayores participantes del programa, la que se aborda mediante los procesos de diagnóstico y planificación participativa en la ejecución del programa, para la generación de actividades según necesidades e intereses de cada comunidad.	

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Otra condición	Si	El Programa considera las condiciones de vulnerabilidad de las personas mayores en cuanto a acceso a medios de comunicación tecnológicos y no tecnológicos para el fomento del autocuidado y la autovalencia. Desde su diseño el programa entrega una propuesta de abordaje según las características de cada comunidad, lo que determina diferentes actividades según las posibilidades de acceso existentes a nivel local para la continuidad de la intervención en los hogares de las personas mayores. El abordaje es a través de la capacitación de personas mayores en uso de tecnologías, el diseño de materiales adaptados para personas sin acceso a ellas y los ajustes e intervención personalizada en personas mayores con niveles bajo de lecto escritura.	

#### 4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

**Mecanismos de participación ciudadana:** Si

- Entrevistas a beneficiarios
- Encuestas de satisfacción
- Focus group
- Diagnósticos participativos

**Descripción:** En cada comuna en que se realiza el programa debe realizar un diagnóstico de situación y diagnóstico participativo para definir en qué temas y en qué forma se capacitarán los líderes comunitarios de las organizaciones sociales participantes del Programa en el Componente 2. Además en el Componente 1, los talleres son planificados en forma participativa sobre temas de interés de las personas mayores, promoviendo su participación en la selección de temáticas y en la planificación de los talleres y, además al finalizar cada ciclo de intervención se realiza una evaluación participativa para retroalimentar el Programa e introducir mejoras.

**Mecanismos de participación y transparencia pública:** Si

- Rendición de gastos ejecutados, o de la implementación mensual/trimestral/ semestral o anual del programa
- Documentos y Publicaciones

**Descripción:** Se reporta información al Banco Integrado de Programas Sociales, que entrega información pública. Se responden consultas a través del portal de Transparencia del MINSAL.

### 5. INDICADORES

#### 5.1) Indicadores

**Indicadores a nivel de Propósito:**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)

<p>Porcentaje de población mayor a 60 años que mantiene o mejora su condición funcional según Cuestionario de Funcionalidad</p>	<p>(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad en el año t) / Nº de total personas que egresan del program aen el año t) x 100</p> <p><b>Fuente de información:</b> REM (Registro Estadístico Mensual de Actividades en Salud informado por Departamento de Estadística e Información en Salud, DEIS MINSAL)</p>	<p>Las personas al ingresar y egresar del programa son evaluadas respecto a su autopercepción de condición funcional. Esta medición se realiza a través del cuestionario HAQ-8 modificado para el programa que evalúa mediante 10 consultas el nivel de dificultad con que la persona mayores realiza actividades de la vida diaria básicas e instrumentales. A mayor puntaje, mayor dificultad en la ejecución de las actividades de la vida diaria.</p> <p>Al egreso del programa, la disminución en un punto respecto al puntaje de ingreso determina una mejora funcional. La mantención del puntaje de ingreso determina la mantención de la condición funcional; el aumento en al menos un punto respecto al puntaje de ingreso determina disminución de la condición funcional. Del total de personas que egresan del programa se determina qué porcentaje mantiene y mejora su condición funcional y se registra en el Registro Estadístico Mensual del DEIS MINSAL</p>	<p>99,00%</p>		
<p>Porcentaje de población de 60 años y más que mantiene o mejora su condición funcional según Test Timed Up and Go</p>	<p>(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Test Timed Up and Go en el año t)/( Nº total de personas que egresan del programa en el año t) x 100</p> <p><b>Fuente de información:</b> REM (Registro Estadístico Mensual de Actividades en Salud informado por Departamento de Estadística e Información en Salud, DEIS MINSAL)</p>	<p>Las organizaciones sociales de personas mayores que son intervenidas por el programa se registran como ingresadas. El Programa en el componente 2 realiza una capacitación dirigida a los Líderes de cada organización, para incrementar sus conocimientos y habilidades en autocuidado de salud y estimulación funcional, de manera de reforzar en sus organizaciones los logros alcanzados por el programa en el componente 1. Este indicador mide que porcentaje de organizaciones sociales ingresadas al programa tiene Líderes Capacitados por el Programa y que por tanto ha participado en procesos de capacitación efecutados por el programa,</p>	<p>72,00%</p>		

**Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación:** para ambos indicadores la información se encuentra disponible en forma periódica a nivel central a través del registro estadístico mensual informado por el DEIS.

**Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores:** La evidencia determina que la intervención mediante estimulación funcional permite la mantención o mejora de la condición funcional. Se ha constatado que un programas de ejercicio físico para para personas mayores mejora la fuerza y flexibilidad de miembros superiores, la capacidad aeróbica el equilibrio y la autoconfianza . Los programas de estimulación cognitiva que incorporan las actividades corporales unidas a un claro componente lúdico y social mejoran las capacidades psicosociales de los participantes y abren una línea importante de intervención debido a su buena aceptación . Estos son los antecedentes que avalan el tipo de intervención que realiza el programa y que ha sido compartida por equipo evaluador de DIPRES (Informe EPG Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, DIPRES 2020; Chapman, Sandra B et al, 2013;OMS(2015). Op. Cit, Capítulo 4; Universidad de Chile. Facultad de Medicina, 2019;Gajardo et al, 2019;Ray Cao, 2011 y otras)

**Indicadores a nivel de Componentes:**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
----------------------	--------------------	---	-------------------------	---------------------	---------------------



Porcentaje de Adultos Mayores que mantienen o mejoran su condición funcional	$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad}}{\text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan del programa}} \right) \times 100$ <p><b>Fuente de información:</b> REM</p>	Las personas al egresar del programa son evaluadas respecto a sus medición de ingreso determinando si su condición funcional se mantiene, mejora o disminuye. Del total de personas que egresan del programa se determina qué porcentaje mantiene o mejora su condición funcional.	102,00%		
Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de personas asistentes a sesiones en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de Sesiones realizadas en el mes}}$ <p><b>Fuente de información:</b> REM</p>		9,18		
	<b>Fuente de información:</b>				

**Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación:** Para ambos indicadores se encuentra centralizada la información. Se registra a nivel local en el Registro Estadístico Mensual el que es sistematizado a nivel central por el Departamento de Estadística e Información en Salud, DEIS MINSAL.

**Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores:** Para el indicador 1, se definió según los antecedentes mencionados en indicador 1 de propósito y el promedio de asistencia se determinó según la capacidad de recurso humano disponible para aplicar la metodología del programa en intervenciones grupales de personas mayores. Cabe mencionar que por la pandemia por COVID-19 el promedio de asistentes se ha visto fuertemente afectado por el resguardo de las personas mayores en sus domicilios como medida de protección de salud, lo que implica nuevas modalidades de intervención remota de incipiente desarrollo.

## 5.2) Sistemas de información del programa

**¿El Servicio o la institución responsable, cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, Datos de Contacto, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. Indique además si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos:** No cuenta con estos sistemas, se observan como necesarios y se han incorporado en esta reformulación ex ante.

**¿El programa reporta información al Registro de Información Social (RIS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia?:** No

## 6. PRESUPUESTO

### 6.1) Gastos

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL	17.250.000	Financia Recurso Humano para desarrollo de Componente 1 Talleres de Estimulación Funcional Motora y Prevención de Caída, Estimulación Cognitiva y Talleres de Autocuidado. Financia Materiales para el desarrollo de los talleres y confort de las sesiones y aporta para la movilización del equipo en los territorios y de las personas mayores. Considera continuidad de financiamiento actual del programa y agrega financiamiento para aumento de la cobertura actual mediante expansión para nuevas comunas.
FOMENTO DEL AUTOCAUIDADO Y ESTIMULACIÓN FUNCIONAL EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES.	1.500.000	Financia Recurso Humano para desarrollo de Componente 2: Capacitación de Líderes Comunitarios y desarrollo de Planes Intersectoriales para el Envejecimiento Activo y Positivo, más las acciones de acompañamiento y seguimiento relacionadas. Actualmente este componente tiene un financiamiento mínimo para las actividades definidas para el componente. Incluye aumento de cobertura mediante financiamiento de expansión para aumentar recurso humano en comunas antiguas y nuevas.

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
PLAN DE FORMACIÓN CONTINUA PARA EQUIPOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES	500.000	Financia Plan de Formación Continuo para capacitar a los equipos de intervención directa a personas mayores y gestores intermedios en atención de personas mayores, promoción y prevención de salud de personas mayores, educación en salud y en gestión para su implementación adecuada, entre otros. Capacita a equipos de atención primaria y referentes técnicos de los Servicios de Salud. Este componente es nuevo y corresponde a recursos de expansión para mejorar la atención de las personas mayores y el desempeños de los equipos ejecutores directos e intermedios del programa.

**Gastos Administrativos:** 100000

**Detalle gastos administrativos:** Para dar cuenta de los compromisos adquiridos en el proceso de EPG de DIPRES, se contempla para el programa la incorporación mediante nuevos recursos destinados a financiar gastos administrativos, no contemplados actualmente por el programa y destinados al diseño e implementación de un sistema informático para:

- Registro de los participantes del programa en forma rutificada para conocer la trayectoria de las personas mayores y los resultados del programa en forma sincrónica a nivel local, regional y nacional.
- Registros de los resultados de las evaluaciones participativas para conocer las necesidades y propuestas de mejora del programa emitidas por las personas mayores a nivel comunal, de servicio de salud y nacional.
- Disponer información de utilidad para el programa de modo de mejorar el acceso de los equipos que lo ejecutan y las personas mayores que participan, como herramientas de apoyo a las actividades de estimulación funcional motora, prevención de caída, estimulación funcional cognitiva y autocuidado, entre otras.
- Contar con un registro de las Organizaciones Sociales de Personas Mayores que participan en el Programa y los Líderes Comunitarios capacitados por el Programa en Estimulación Funcional y Autocuidado, para mejorar el seguimiento y apoyo a la estrategia del Componente 2.

**Total Gastos:** 19350000

## 6.2) Gastos de Inversión

**Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$):** 19.350.000

## 6.3) Gastos por Subtítulo

**Detalle el Gasto Total del Programa Social (componentes, gastos administrativos e iniciativas de inversión) por subtítulo, ítem y denominación, indicando el número de asignación y valor correspondiente:**

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Ítem, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
16	02	02	21 Gastos en personal	2.102	1.386.750
16	02	02	22 Bienes y servicios de consumo	2.204	800.250
16	02	02	24 03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a otras entidades públicas (1)	2.403.298	17.163.000

**Gasto Total por Subtítulo (M\$):** 19.350.000