

I. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

DESCRIPCIÓN

El programa busca atender el deterioro funcional de adultos mayores, el cual es prevenible con un adecuado manejo de las situaciones de salud y práctica de estilos de vida saludable por parte de las personas mayores. Para esto, la estrategia consiste en que un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional u otro, desarrollan talleres con los adultos evaluados por el examen preventivo del adulto mayor. Estos talleres se realizan en lugares preferentemente comunitarios, que se encuentren ubicados en los sectores geográficos que atiende cada centro de salud. Los talleres a realizar abordan a lo menos los siguientes temas: actividad física y prevención de caídas, taller de estimulación cognitiva y desarrollo de estilos de vida saludable. El programa tiene 2 componentes; un componente de estimulación funcional y un segundo componente de fomento del autocuidado en organizaciones sociales.

Se ejecuta por terceros.

PROPÓSITO

Personas de 60 años o más usuarias de los establecimientos de atención primaria de salud del sector público de salud.

HISTORIAL EVALUATIVO DEL PROGRAMA

Año de inicio: 2015

Año de término: Permanente

Evaluaciones Ex-Ante:

- 2020: Recomendado favorablemente

Evaluación Ex-Post:

- 2020: Dirección de Presupuestos (DIPRES), Evaluación de Programa Gubernamental, Desempeño Medio.

Otras evaluaciones: No

II. ANÁLISIS DE DESEMPEÑO

RESULTADOS ANALISIS DEL DESEMPEÑO DEL PROGRAMA:

DIMENSIÓN	RESULTADOS	OBSERVACIONES EVALUADOR(ES)
Focalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa no presenta deficiencias evidentes en los criterios de focalización implementados durante el periodo 2021.</li> </ul>	Sin observaciones en la dimensión.
Eficiencia y ejecución presupuestaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecución presupuestaria inicial 2021: El programa presentó una ejecución presupuestaria dentro del rango definido (85% - 110%) durante el periodo 2021 respecto a su presupuesto ley 2021.</li> <li>• Ejecución presupuestaria final 2021: El programa presentó una ejecución presupuestaria dentro de rango (90% - 110%) durante el periodo 2021 respecto a su presupuesto final 2021.</li> <li>• Persistencia subejecución presupuestaria: El programa no presenta problemas de persistencia de subejecución en relación a su presupuesto inicial anual (tres años consecutivos).</li> <li>• Gasto por beneficiario: El programa presenta un gasto por beneficiario 2021 dentro de rango, en comparación al promedio de los dos años anteriores. Es decir se encuentra en el intervalo del 20% (superior) del promedio 2020-2019.</li> <li>• Gasto administrativo: El gasto administrativo del programa se encuentra correctamente estimado.</li> </ul>	Sin observaciones en la dimensión.

Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respecto al primer indicador de propósito. El indicador de propósito permite medir el objetivo del programa. Complementariamente, no se advierten deficiencias metodológicas en la formulación y/o medición del indicador. Respecto a los resultados del indicador en comparación al reporte anterior, mejoró su rendimiento.</li> <li>Respecto al segundo indicador de propósito. El indicador de propósito permite medir el objetivo del programa. Complementariamente, no se advierten deficiencias metodológicas en la formulación y/o medición del indicador. Respecto a los resultados del indicador en comparación al reporte anterior, empeoró su rendimiento.</li> </ul>	El indicador complementario 2 debe mejorar en calidad, dice porcentual, pero es numérico.
----------	--	---

### III. DESEMPEÑO 2021 DEL PROGRAMA

#### PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN



\* La ejecución presupuestaria inicial corresponde a  $(\text{presupuesto ejecutado año } t / \text{presupuesto inicial año } t) \times 100$ . El presupuesto inicial corresponde al total de gastos definidos en la Ley de Presupuestos del Sector Público, o en su defecto, es el monto asignado inicialmente por el Servicio, cuando el programa no está expresamente identificada en la Ley de Presupuestos.

\*\* La ejecución presupuestaria final corresponde a  $(\text{presupuesto ejecutado año } t / \text{presupuesto final año } t) \times 100$ . El presupuesto final incorpora las reasignaciones presupuestarias realizadas al Presupuesto Ley del año.

\*\*\* El presupuesto ejecutado corresponde al Presupuesto Ley ejecutado por los Servicios, no incluyendo los recursos extra presupuestarios declarados.

\*\*\*\* Detalla si el programa obtuvo recursos adicionales a los entregados por la Ley de Presupuestos.

#### GASTO POR SUBTÍTULOS (M\$2022)

Subtítulo *	Total ejecutado
21 (Gastos en personal)	1.079.375
22 (Bienes y servicios de consumo)	168.033
24 (Transferencias Corrientes)	14.042.006
<b>Gasto total ejecutado</b>	<b>15.289.414</b>

\* Los subtítulos identificados pueden corresponder a uno o más programas presupuestarios.

#### GASTO COMPONENTES (M\$2022)

##### DESAGREGACIÓN REGIONAL \*

Región	Total ejecutado
Arica y Parinacota	163.689
Tarapacá	195.621
Antofagasta	326.764

GASTO COMPONENTES (M\$2022)	
DESAGREGACIÓN REGIONAL *	
Región	Total ejecutado
Atacama	175.210
Coquimbo	719.704
Valparaíso	1.731.043
Libertador General Bernardo OHiggins	865.636
Maule	1.112.588
Bíobío	1.504.588
Ñuble	438.015
La Araucanía	998.392
Los Ríos	611.320
Los Lagos	1.000.960
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	65.117
Magallanes y Antártica Chilena	99.620
Metropolitana de Santiago	5.272.367
<b>Gasto total ejecutado componentes</b>	<b>15.280.635</b>

\* En esta tabla se despliegan sólo aquellas regiones para las que se ejecutaron recursos. Que un programa presente población beneficiada en una región no significa necesariamente que dicho gasto se impute (registre) en dicha región. Por ejemplo, el gasto de un programa con beneficiarios desagregados regionalmente, puede ser imputado exclusivamente a nivel central.

**Población objetivo**

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

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

- 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)

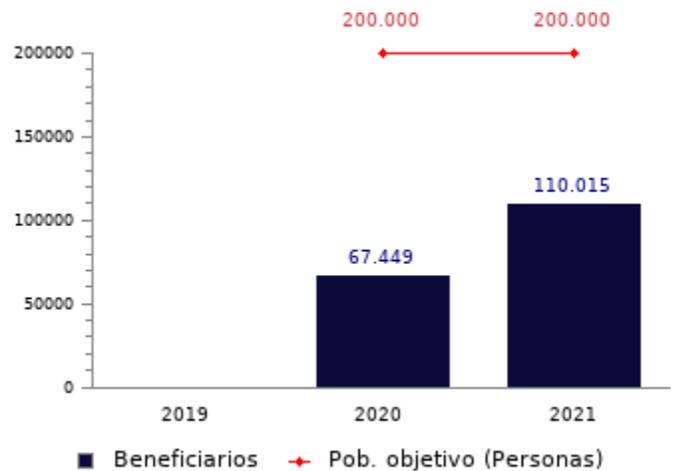
Los criterios antes mencionados permiten ordenar a las comunas y/o establecimientos considerados como prioritarios para la implementación. La definición de cuantas y cuáles comunas serán beneficiadas por el programa depende de la disponibilidad presupuestaria que limita el número de comunas y/o establecimientos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

- Existencia de dotación disponible del personal de salud para la derivación y acceso de los beneficiarios al programa.



COBERTURA POR AÑO*		
2019	2020	2021
N/C	34%	55%

EVOLUCIÓN GASTO POR BENEFICIARIO (M\$ 2022)**		
2019	2020	2021
100,3	231,2	139,0

\* Cobertura: (Población beneficiada del año t / población objetivo año t)\*100.

\*\* Gasto por Beneficiario: (Presupuesto ejecutado año t / número beneficiarios efectivos año t).

### COMPONENTES GASTO Y PRODUCCIÓN DE COMPONENTES (M\$ 2022)

Componentes (Unidad de producción) *	Gasto ejecutado Miles de \$(2022)			Producción (unidad)			Gasto unitario Miles de \$(2022)		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
INTERVENCIÓN SOCIO SANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL (Talleres realizados y evaluados por los participantes.)	N/C	15.239.899	14.921.540	N/C	191.173	72.620	N/C	79,7	205,5
FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTIMULACIÓN FUNCIONAL EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES. (Organizaciones Sociales con Líderes Comunitarios Capacitados)	N/C	345.445	359.095	N/C	1.542	4.280	N/C	224,0	83,9
PLAN DE FORMACIÓN CONTINUA PARA EQUIPOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES (Profesionales capacitados por el programa.)	N/C	0	0	N/C	0	S/I	N/C	N/A	S/I
Gasto administrativo	N/C	9.116	8.779						
<b>Total</b>	N/C	15.594.460	15.289.414						
<b>Porcentaje gasto administrativo</b>	N/C	0%	0%						

\* Se entiende por Componentes a los bienes y/o servicios producidos por el Programa y provistos directamente a sus beneficiarios. Dado que los diseños de los programas pueden variar cada año y en esta Tabla sólo se muestran los componentes vigentes en 2021, la suma total para los años 2019 y 2020 podría no cuadrar para aquellos en los que se ejecutaron componentes discontinuados. En el cuadro de gasto y producción de componentes se indica como "cero", además de cuando no hay presupuesto o producción, en aquellos casos en que no correspondía informar o el Servicio no contaba con la información.

### INDICADORES

#### INDICADORES DE PROPÓSITO

Indicador	Fórmula de cálculo	Efectivo 2019	Efectivo 2020	Efectivo 2021
Porcentaje de población mayor a 60 años que mantiene o mejora su condición funcional según Cuestionario de Funcionalidad	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad en el año } t / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan del programa en el año } t) \times 100$	N/C***	92%	98%
Porcentaje de población de 60 años y más que mantiene o mejora su condición funcional según Test Timed Up and Go	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Test Timed Up and Go en el año } t / \text{N}^\circ \text{ total de personas que egresan del programa en el año } t) \times 100$	N/C***	58%	50%

\* S/I: Valor de indicador no informado.

\*\* N/A: No aplica reportar valor del indicador en el presente periodo.

\*\*\* N/C: Valor no comparable dado que se realizaron ajustes o cambios en el indicador.

INDICADORES COMPLEMENTARIOS

Indicador	Fórmula de cálculo	Efectivo 2019	Efectivo 2020	Efectivo 2021	Evaluación Pertinencia	Evaluación Calidad	Resultado respecto al año anterior
Porcentaje de beneficiarios que egresan de los talleres de intervención sociosanitaria (asisten en un porcentaje mayor o igual al 75% de los Talleres)	(N° de beneficiarios que egresan (asistencia mayor o igual al 75%) de los talleres implementados en el año t / N° de beneficiarios que ingresan a los talleres implementados en el año t) x100	N/C***	29%	67%	El indicador es pertinente	Cumple	Mejora
Porcentaje de organizaciones que han ingresado al programa cuentan con lideres capacitados por el programa Mas Adultos Mayores Autovalentes	(N° Organizaciones que cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el año t / N° de organizaciones ingresadas al programas Más Adultos Mayores Autovalentes ) x 100	N/C***	0	0	El indicador es pertinente	No cumple	Debido a que el indicador no cumple en pertinencia y/o calidad, no es posible evaluar su cumplimiento respecto al año anterior.
Porcentaje personas que componen los equipos de salud capacitados y aprobados en el desarrollo y ejecución del Programa MASAMAV	(N° de personas que componen los equipos de salud capacitadas y aprobadas en el desarrollo y ejecución del Programa MASAMAV en el año t / N° de personas que componen los equipos de salud y que acceden a la capacitación en el desarrollo y ejecución del Programa MASAMAV en el año t) x 100	N/C***	N/A	N/A**	El indicador es pertinente	Cumple	No es posible evaluar

IV. OTROS ATRIBUTOS DEL PROGRAMA

CONTRIBUCIÓN A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

3. Salud y bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

POBREZA MULTIDIMENSIONAL

El programa presenta un potencial de contribución a la/a siguiente/s dimensión/es:

- Dimensión **Salud**, en específico, dado su potencial contribución a la/s carencia/s de: **Acceso a salud**

## POBREZA POR INGRESOS

El programa no presenta potencial de contribución a la pobreza por ingresos.

## V. CONTINGENCIA SANITARIA

**Fondo de Emergencia Transitorio (FET):** El programa no ejecutó recursos provenientes del Fondo de Emergencia Transitorio y/o Fondos especiales del Tesoro Público (Fondo para Pymes e innovación).

**Modificaciones implementación:** El programa declara haber experimentado modificaciones y/o reprogramaciones en su implementación a partir de la crisis sanitaria por el COVID 19.

**Descripción de los cambios en la estrategia de intervención producto del contexto sanitario:** Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, el programa se vió afectada por la interrupción de los servicios destinados al cuidado de su salud integral en personas mayores y limitación a la aplicación del examen de medicina preventiva. Las barreras de acceso para esta población aumentaron considerablemente, en tanto, la mayoría de las prestaciones destinadas a este grupo etario no fueron priorizadas.

Los efectos principalmente han sido en las acciones promocionales y preventivas, con la suspensión de prestaciones, como la realización de Controles de Salud y la suspensión de los talleres del programa MAS AMAV. Situación que fue mejorando, mediante que las prestaciones y actividades se realizaron a través de modalidad remota o en algunos sectores según las fases epidemiológicas se mantuvo la atención presencial con las restricciones de aforo y espacio. Se enviaron indicaciones y se dieron las facilidades para que los equipos que atienden personas mayores contarán con herramientas (recomendaciones técnicas, compartir experiencias de trabajo y buenas prácticas) e implementación necesaria (equipos móviles, planes de internet, uso de redes sociales) para asumir esta nueva modalidad de atención.

## VI. OBSERVACIONES DE LA INSTITUCIÓN

### DISEÑO:

- **Modificación o ajustes al diseño:** Desde el inicio de la pandemia por COVID- 19, el programa se vió afectada por la interrupción de los servicios destinados al cuidado de su salud integral en personas mayores y limitación a la aplicación del examen de medicina preventiva.

Los efectos principalmente han sido en las acciones promocionales y preventivas, con la suspensión de prestaciones, como la realización de Controles de Salud y la suspensión de los talleres del programa MAS AMAV. Situación que fue mejorando, mediante que las prestaciones y actividades se realizaron a través de modalidad remota o en algunos sectores según las fases epidemiológicas se mantuvo la atención presencial con las restricciones de aforo y espacio. Se enviaron indicaciones y se dieron las facilidades para que los equipos que atienden personas mayores contarán con herramientas e implementación necesaria para asumir esta nueva modalidad de atención.

### ESTRATEGIA:

- **Variación significativa de la producción de componentes:** Desde el inicio de la pandemia por COVID- 19, el programa se vió afectada por la interrupción de los servicios destinados al cuidado de su salud integral en personas mayores y limitación a la aplicación del examen de medicina preventiva. Las barreras de acceso para esta población aumentaron considerablemente, en tanto, la mayoría de las prestaciones destinadas a este grupo etario no fueron priorizadas. Los efectos principalmente han sido en las acciones promocionales y preventivas, con la suspensión de prestaciones, como la realización de Controles de Salud y la suspensión de los talleres del programa MAS AMAV. Situación que fue mejorando, mediante que las prestaciones y actividades se realizaron a través de modalidad remota o en algunos sectores según las fases epidemiológicas se mantuvo la atención presencial con las restricciones de aforo y espacio.

- **Otro(s):** PLAN DE FORMACIÓN CONTINUA PARA EQUIPOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES: Durante el año 2021 se priorizaron actividades y lineamientos enfocados para la realización del programa en pandemia COVID19 y no existió expansión presupuestaria para dicho componente. .

### INDICADORES:

- **No reporte o hay información incompleta en indicadores complementarios:** En el indicador complementario numero 3 "PLAN DE FORMACIÓN CONTINUA PARA EQUIPOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES" La ejecución no fue posible durante el año 2021 debido a la contingencia que provoco la reconversión de los equipos y que no hubiese expansión presupuestaria para realizar la actividad.

### OBSERVACIONES GENERALES:

- **Contexto socio sanitario COVID-19:** Desde el inicio de la pandemia por COVID- 19, el programa se vió afectada por la interrupción de los servicios destinados al cuidado de su salud integral en personas mayores y limitación a la aplicación del examen de medicina preventiva.

Los efectos principalmente han sido en las acciones promocionales y preventivas, con la suspensión de prestaciones, como la realización de Controles de Salud y la suspensión de los talleres del programa MAS AMAV. Situación que fue mejorando, mediante que las prestaciones y actividades se realizaron a través de modalidad remota o en algunos sectores según las fases epidemiológicas se mantuvo la atención presencial con las restricciones de aforo y espacio. Se enviaron indicaciones y se dieron las facilidades para que los equipos que atienden personas mayores contarán con herramientas e implementación necesaria para asumir esta nueva modalidad de atención.

## VII. NOTAS TÉCNICAS

**Nota técnica 1:** La ficha de evaluación de desempeño de la oferta corresponde al seguimiento de la gestión anual de los programas públicos, a partir de la información auto reportada por los Servicios. No corresponde a una evaluación de impacto, de implementación ni fiscalización de la oferta pública.

**Nota técnica 2:** El proceso de evaluación de desempeño de la oferta programática puede considerar actualizaciones respecto de la metodología utilizada en años anteriores. Esto, con el objetivo de fortalecer la eficacia y eficiencia de este proceso.

**Nota técnica 3:** La Subsecretaría de Evaluación Social, en un esfuerzo por fortalecer el proceso de monitoreo, realizó durante el año 2020 la homologación en las definiciones conceptuales de las poblaciones en conjunto con DIPRES. Dado aquello no se muestra la población beneficiada, población objetivo y cobertura para el año 2019.

**Nota técnica 4:** Tanto los montos de presupuesto como de gastos reportados en la presente ficha se encuentran en pesos año 2022. Se realizó aplicando el inflador de Ley de Presupuestos a los presupuestos y gastos informados por las instituciones en los años 2019-2021, con el objetivo de realizar el análisis comparativo del periodo.

**Nota técnica 5:** Respecto a la sección "Análisis de Desempeño", en la columna de "Resultados" se han definido criterios relativos para identificar hallazgos en cada una de las dimensiones consideradas, lo cual no implica necesariamente un juicio evaluativo, sino más bien la necesidad de fundamentar dichos hallazgos.