REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES
FISCALÍA
MJB/GHB/AVC

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
SUBSECRETARIA SERVICIOS SOCIALES
OF. PARTES
- 3 OCT 2018
TOTALMENTE TRAMITADO

APRUEBA ORIENTACIONES DE IMPLEMENTACIÓN, EJECUCIÓN, Y METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN, DEL MODELO DE INTERVENCIÓN DEL SUBSISTEMA "SEGURIDADES Y OPORTUNIDADES", PARA USUARIOS/AS DEL ARTÍCULO 4° LETRA A) DE LA LEY N° 20.595.

RESOLUCIÓN EXENTA Nº: 0704

Santiago, - 3 OCT 2018

VISTO:

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley N° 20.530, que Crea el Ministerio de Desarrollo Social y Modifica Cuerpos Legales que Indica; en la Ley N° 19.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en la Ley N° 21.053, Ley de Presupuestos del Sector Público para el Año 2018; en la Ley N° 20.379 que Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo"; en la Ley N° 20.595, que Crea el Ingreso Ético Familiar que Establece Bonos y Transferencias Condicionadas para las Familias de Pobreza Extrema y Crea el Subsidio al Empleo de la Mujer; en el Decreto Supremo N° 29, de 2013, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales, que Aprueba el Reglamento del Artículo 4° de la Ley N° 20.595, Sobre Otros Usuarios del Subsistema de Protección y Promoción Social "Seguridades y Oportunidades"; en el Decreto Supremo N° 34, de 2012, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales, que Aprueba Reglamento de la Ley N° 20.595, Sobre Subsistema de Protección y Promoción Social "Seguridades y Oportunidades"; en el Decreto Supremo N° 16, de 2012, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales, que Aprueba Reglamento de la Ley 20.595, sobre Procedimiento de Focalización y Reclamo del Subsistema de Protección y Promoción Social "Seguridades y Oportunidades"; en el Decreto Supremo N° 30, de 2012, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales, que Aprueba el Reglamento de la Ley N° 20.595, Sobre Transferencias Monetarias y el Bono de Protección; en el Decreto N° 22, de 2015 del Ministerio de Desarrollo Social, que Aprueba Reglamento del artículo 5° de la Ley N° 20.379 y del artículo 3° letra f) de la Ley N° 20.530; en el Decreto N° 160, de 2007, del Ministerio de Planificación que Aprueba Reglamento del Registro de Información Social; en el Memorándum N° 3495/2018, de 3 de mayo de 2018, E45480/2018, del Jefe de División de Promoción y Protección Social; y en la Resolución Nº 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón, y;

CONSIDERANDO:

1° Que, la Ley N° 20.595, en adelante la "Ley", creó el Subsistema de Protección y Promoción Social denominado "Seguridades y Oportunidades", en lo sucesivo el "Subsistema", el que, de acuerdo a su artículo 2°, tiene por objeto "brindar seguridades y oportunidades a las personas y familias que participen en él, de modo de promover el acceso a mejores condiciones de vida";

2° Que, el literal a) del inciso primero del artículo 4° de la Ley, incorpora entre los denominados "Otros Usuarios del Subsistema", a las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad por tener 65 años o más edad, que vivan solos o con una persona y se encuentren en situación de pobreza;

3° Que, el Decreto N° 29, de 2013, del Ministerio de Desarrollo Social, en adelante el "Reglamento", precisa los casos y formas en que las personas y sus familias en caso de corresponder, a que se refiere el artículo 4° podrán ingresar al Subsistema, estableciendo el mecanismo de selección de dichos Usuarios/as, y la forma, elementos y duración que tendrán los Programas referidos en los artículos 6°, 7° y 8° de la Ley, cuando éstos se destinen a dichos Usuarios/as;

4° Que, el artículo 4° del Reglamento, dispone que la administración, coordinación y supervisión del Subsistema, respecto de los Usuarios/as a que se refiere la misma norma, corresponderá al Ministerio de Desarrollo Social, a través de la Subsecretaría de Servicios Sociales, sin perjuicio de las atribuciones y funciones de los demás organismos de la Administración del Estado;

5° Que, por disposición de los literales a) y b) del artículo 4° del Reglamento, la Subsecretaría de Servicios Sociales, entre otras funciones, deberá a lo menos, dictar y aprobar por medio de uno o más actos administrativos, las orientaciones que sean necesarias para la adecuada implementación y ejecución del Subsistema, y diseñar, elaborar y aprobar, por medio de uno o más actos administrativos, las metodologías o estrategias de intervención, y los procedimientos de gestión del Subsistema;

6° Que, por aplicación de lo dispuesto en el considerando precedente, la División de Promoción y Protección Social, elaboró las orientaciones de implementación y ejecución, y metodología y estrategias de intervención y procedimientos de gestión, específicos aplicables al Modelo de Intervención respecto de los Usuarios/as del Subsistema que se encuentren en situación de vulnerabilidad por tener 65 años o más edad, que vivan solos o con una persona y se encuentren en situación de pobreza, y;

7° Que, por Memorándum N° 3495/2018, de 2018, el Jefe de División de Promoción y Protección Social de la Subsecretaría de Servicios Sociales solicitó la revisión del acto administrativo que apruebe dichas orientaciones de implementación y ejecución, y metodologías y estrategias de intervención y procedimientos de gestión; por tanto, en virtud de lo anteriormente expuesto;

RESUELVO:

PRIMERO: APRUÉBASE las Orientaciones de implementación, ejecución, metodología de intervención y procedimientos de gestión, del Modelo de Intervención del Subsistema Seguridades y Oportunidades para Usuarios/as del mismo, que se encuentren en situación de vulnerabilidad por tener 65 años o más edad, que vivan solos o con una persona, y se encuentren en situación de pobreza, "Programa Vínculos", de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4° de la Ley N° 20.595 y en el Decreto Supremo N° 29, de 2013, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales, cuyo texto es el siguiente:

"ORIENTACIONES DE IMPLEMENTACIÓN, EJECUCIÓN, Y METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN, DEL MODELO DE INTERVENCIÓN DEL SUBSISTEMA "SEGURIDADES Y OPORTUNIDADES" PARA USUARIOS/AS DE 65 AÑOS O MÁS EDAD, QUE VIVAN SOLOS O CON UNA PERSONA Y SE ENCUENTREN EN SITUACIÓN DE POBREZA, DEL ARTÍCULO 4° LETRA A) DE LA LEY N° 20.595, "PROGRAMA VÍNCULOS".

I. Del Modelo de Intervención 6
1. Objetivo 6
2. Usuarios/as 6
3. Descripción del Modelo de Intervención 7
4. Acompañamiento que realizarán los ejecutores 8
5. Actores del Modelo de Intervención, Roles, Funciones y Perfil 9
a) Actores a Nivel Nacional 10
i) Encargado/a Nacional del Programa 10
ii) Encargado/a Nacional de Asistencia Técnica 10
b) Actores a Nivel Regional 11
i) Encargado/a Regional del Programa 11
ii) Especialista en Grupos Vulnerables 12
iii) Gestor/a Regional Encargado/a de la Asistencia Técnica 13
c) Actores a Nivel Local 14
i) Encargado/a Comunal 15
ii) Monitor/a Comunitario/a 16
1) Funciones 16
2) Perfil del Monitor/a Comunitario/a (de Acompañamiento Psicosocial) 17
3) Perfil del Monitor/a Comunitario/a de Acompañamiento Sociolaboral 18
4) Proceso de Selección y Contratación 19
6. Plan de Asignación de Monitores, Para Grupos de Usuarios/as 19
a) Zonificación de las Comunas 19
b) Número de Usuarios/as por Monitor/a por Grupo Zonal 21
c) Periodicidad de las Visitas 21
d) Organización Horaria 22
7. Modelo de Coordinación del Programa 23
a) Mesa Técnica Nacional 23
b) Mesas Técnicas Regionales 23
c) Mesa Técnica Comunal 24
8. Programa Eje 25

a) Etapa de Diagnóstico Eje 25
i) Contacto de Cobertura 25
ii) Contacto inicial y Documento de Compromiso: 25
iii) Aplicación del Instrumento Diagnóstico: 25
iv) Presentación y Firma del Plan de Intervención 25
b) Plazos para el Proceso Diagnóstico 26
c) Situaciones que pueden presentarse durante el Proceso de Diagnóstico 26
i) El Usuario/a Potencial no es encontrado en su domicilio 26
ii) El Usuario/a Potencial es encontrado en el domicilio 27
iii) Cambio de Estado del Contacto Inicial 28
d) Trayectorias de Acompañamiento: Protocolos para Cambios en el Acompañamiento 28
i) Cambios en la Composición Familiar 28
ii) Cambio de Domicilio 28
1) Responsables 29
2) Variables a Considerar 29
3) Procedimiento de Traslado 29
iii) Cambio de Monitor/a. 30
e) Seguimiento del Programa Eje 30
i) Monitoreo Programado 30
ii) Monitoreo Grupal 31
9. Prestaciones y Servicios Sociales 31
a) Levantamiento de las Condiciones de Bienestar 31
b) Gestión de las Condiciones de Bienestar 32
10. Supervisión del Modelo de Intervención 32
11. Sistema de Registro de la Intervención 32
a) Registro en Plataforma Informática 33
b) Registro en Documentos por Usuario/a 33
12. Término y Suspensión de la Participación en el Subsistema 33
a) Del Término de la Participación en el Subsistema 33
i) Término por Transcurso de Doce Meses Desde que el Usuario/a Terminó su Participación en el Programa Eje 34
Término por Fallecimiento 34
ii) Término de Participación por Renuncia Voluntaria 34
iii) Término de Participación por Incumplimiento del Compromiso o Plan de Intervención .. 35
1) Usuario/a inubicable durante la intervención 35
2) Casos con alteración de la Movilidad 35
3) Usuario/a en Estado de Dependencia 36
4) Cambio de Domicilio a una Comuna Sin Modelo de Intervención: 36
b) Suspensión de la Participación en el Subsistema 36
II. De las Metodologías de Intervención 37
1. Fundamentos del Modelo de Intervención 37
Conceptos Estratégicos de la Intervención 37
i) Protección social y envejecimiento 37
ii) Enfoque de Derechos y Envejecimiento Activo 38
iii) Inclusión y cohesión social 41
iv) Ciudadanía y vinculación 42

2. Modelos y Enfoques Metodológicos de la Intervención 43
a) Gerontología Social 43
b) Modelo de Ocupación Humana 44
c) Enfoque Centrado en la Persona 47
3. Objetivos del Modelo de Intervención 48
a) Objetivo General 48
b) Objetivos Específicos 49
4. Componentes del Acompañamiento 49
a) Acompañamiento a la Trayectoria - Programa Eje 49
b) Acompañamiento Psicosocial 50
i) Ideas Fuerzas del proceso de Acompañamiento Psicosocial. 50
ii) Proceso de Acompañamiento Psicosocial. 51
c) Acompañamiento Sociolaboral 52
i) Ideas Fuerza del proceso de acompañamiento socio laboral. 53
ii) Proceso del Acompañamiento Sociolaboral 53
5. Niveles de Intervención 54
III. Anexos 55
1. Anexo: Díptico Derechos y Deberes 55
2. Anexo: Documento de Compromiso 57
3. Anexo: Declaración Voluntaria de No Aceptación a Participar 58
4. Anexo: Plan de Intervención (Caso de Acompañamiento Psicosocial) 59
5. Anexo: Plan de Intervención Sociolaboral (Caso de Acompañamiento Psicosocial y Sociolaboral) 60
6. Anexo: Carta de Aviso Primera y Segunda Visita 61
7. Anexo: Carta de Aviso Tercera Visita 62
8. Anexo: Acta de Renuncia 63
9. Anexo: Informe de Incumplimiento del Plan de Intervención 64
10. Anexo: Acta de Visita Usuario/a Inubicable en Proceso de Intervención (primera y segunda visita) 65
11. Anexo: Carta de Aviso Tercera Visita, Usuario/a Inubicable en Proceso de Intervención 66
12. Anexo: Carta de Aviso (aplicable a Usuario/a inubicable tras tres visitas) 67
13. Anexo: Solicitud de Suspensión de la Participación en el Programa 68

INTRODUCCIÓN

En el marco del artículo 4° de la Ley N° 20.595, en lo sucesivo la "Ley", y el Decreto Supremo N° 29, de 2013, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales, en adelante el "Reglamento", las personas de 65 años o más, que vivan solos o acompañados por una persona y que se encuentren en situación de pobreza podrán ser usuarias del Subsistema "Seguridades y Oportunidades", en adelante el "Subsistema", creado por la Ley N° 20.595, cuyo objeto principal de acuerdo con el artículo 2° de ésta, es "brindar seguridades y oportunidades a las personas y familias que participen de él de modo de promover el acceso a mejores condiciones de vida".

Para atender a estos Usuarios/as, el Ministerio de Desarrollo Social, en adelante e indistintamente el "Ministerio" o "MDS", a través de la Subsecretaría de Servicios Sociales, implementará un Modelo de Intervención

El presente documento y sus anexos, tienen como finalidad establecer las orientaciones de implementación, ejecución, y las metodologías de intervención y procedimientos generales de gestión, del Modelo de Intervención "Programa Vínculos", creado en virtud del el artículo 4° letra a) de la Ley, para Usuarios/as del Subsistema, que tengan 65 años y más de edad, que vivan solos o con una persona y se encuentren en situación de pobreza, en adelante, "los Usuarios/as".

I. DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

El Modelo de Intervención denominado para estos efectos "Programa Vínculos", para Usuarios/as de 65 años o más edad, que vivan solos o con una persona y que se encuentren en situación de pobreza, en lo sucesivo "los Usuarios/as", es una estrategia de intervención que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° del Reglamento, que tiene como objetivo "contribuir a ejecutar una o más acciones o procedimientos de intervención que tengan como fin, la generación de condiciones que permitan a sus usuarios acceder en forma preferente al conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades, y estén integradas a la red comunitaria de promoción y protección social, teniendo una ejecución preferentemente municipal".

1. Objetivo

De acuerdo a lo indicado en el artículo 11 del Reglamento, para la ejecución del Modelo de Intervención, se deberán considerar como objetivos, entre otros, los siguientes:

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

2. Usuarios/as

Para efectos de determinar la cobertura del Modelo de Intervención señalado, el artículo 7° del Reglamento dispone que el Ministerio identifique a los Usuarios/as Potenciales por comuna, quienes, según señala el artículo 9° del mismo, deberán cumplir con los siguientes requisitos copulativos:

a) Tener 65 o más años de edad, requisito que se acreditará con la información que provea el Registro de Información Social del Ministerio.
b) Vivir solo o acompañado de otra persona, lo cual se acredita con información del Registro Social de Hogares regulado en el Decreto Supremo N° 22, de 2015 del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaria de Servicios Sociales.

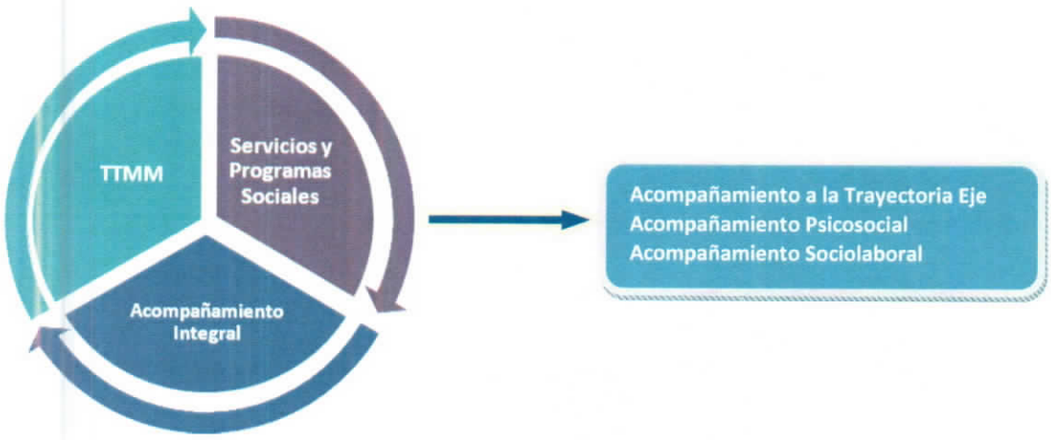
c) Encontrarse en situación de pobreza, lo cual se acreditará de conformidad con lo dispuesto en el Titulo II "Del Procedimiento de Focalización del Subsistema" del Decreto Supremo N° 16, de 2012, del Ministerio de Desarrollo Social. Sin perjuicio de lo anterior, para la calificación de condición de pobreza no se considerarán los beneficios que le hayan sido otorgados de conformidad a la Ley Nº 20.255.

Cabe señalar, que las condiciones y características del Usuario/a, deberán ser idóneas al cumplimiento de los fines del Modelo de Intervención.

Para la ejecución del Modelo de Intervención, se asignará una cobertura de carácter comunal, la que deberá ser contactada en estricto orden de prelación por el Ejecutor, a partir de la nómina potencial evacuada desde el Ministerio.

3. Descripción del Modelo de Intervención

El Modelo de Intervención constituye una estrategia de trabajo integral dirigida a personas de 65 años y más, que viven solos o acompañados por una persona, y que se encuentran en situación de pobreza. Este modelo contempla las siguientes acciones y prestaciones:



a) Programa EJE: Destinado a todos los Usuarios/as del Programa Vínculos. Tiene por objeto el acompañamiento del Usuario durante toda su trayectoria en los Programas de Acompañamiento Psicosocial y Sociolaboral, éste último en caso de corresponder. Contempla la realización de un diagnóstico, la elaboración de un plan de intervención, el seguimiento de la participación del Usuario/a; y una evaluación de los logros que el Usuario ha alcanzado al finalizar la trayectoria definida.

b) Programa de Acompañamiento Psicosocial: Dirigido a todos los Usuarios/as del Programa Vínculos. Tiene por objeto promover el desarrollo de las habilidades y capacidades necesarias que permitan su inclusión social y desenvolvimiento autónomo, de manera de contribuir al logro de los objetivos definidos en el Programa Eje. Para estos efectos, combina actividades de tipo individual y grupal.

c) Programa de Acompañamiento Sociolaboral: Dirigido a los Usuarios/as que se encuentren en condiciones de trabajar. Tiene por objeto mejorar la capacidad de los usuarios para generar ingresos de forma autónoma, el mejoramiento de sus condiciones de empleabilidad y participación en el ámbito laboral. El Programa priorizará el desarrollo y/o mantención de habilidades y competencias que permitan a los Usuarios/as mantenerse activos, mejorar sus condiciones de empleabilidad, fortaleciendo su inserción sociolaboral y la generación de ingresos,

a fin de cumplir a lo menos, con los siguientes objetivos: a) Contribuir a la actividad e independencia de los Usuarios/as; b) Reforzar y orientar la participación de los Usuarios/as en programas y servicios de incremento de capital humano, formación técnica y generación de microemprendimiento, c) Fortalecer y acompañar las iniciativas de trabajo por cuenta propia de los participantes. (Conforme al artículo 12 del DS N° 29, de 2013.)

d) Bono de Protección y Transferencias Monetarias Base y Condicionadas: Prestaciones sociales de cargo fiscal, a las que podrán acceder los Usuarios/as del Subsistema Seguridades y Oportunidades, en la forma y condiciones que establece la normativa legal y reglamentaria vigente. Permiten aumentar los ingresos monetarios, generando una plataforma de seguridad para que cada participante del Programa desarrolle un proceso personal, orientado a generar su propio proceso de habilitación social.

De acuerdo con el objetivo del Modelo de Intervención, las acciones o procedimientos de intervención tienen como finalidad generar condiciones que permitan a los Usuarios/as, el acceso preferente al conjunto de prestaciones sociales integradas a la red comunitaria de promoción y protección social, pertinentes a sus necesidades.

Con todas estas acciones, se espera contribuir al reconocimiento de las personas de 65 años o más, como sujetos de derechos, aportando a la consolidación de un sentido de identidad positiva a partir de la valoración de su historia de vida, a la promoción de un envejecimiento activo que permita fortalecer su autonomía para realizar su vida cotidiana y a la ampliación de sus redes y vinculaciones familiares, comunitarias e institucionales que contribuyan a consolidar un sentido de pertenencia.

4. Acompañamiento que realizarán los ejecutores

Cada ejecutor deberá implementar el modelo de intervención mediante estos tres componentes o acompañamientos, según corresponda:

a) Acompañamiento a la Trayectoria – EJE, Etapa Diagnóstico: El ejecutor, durante un período máximo de 2 meses, deberá realizar el contacto inicial, aplicar un Diagnóstico Eje y elaborar de un Plan de Intervención, para el 100% de la cobertura que le sea asignada, proceso que será visado por los especialistas de grupos vulnerables

b) Acompañamiento Psicosocial: El Ejecutor debe desarrollar, durante un período de 24 meses, una serie de sesiones individuales y grupales de acuerdo a la metodología establecida, para el 100% de los Usuarios/as con Plan de Intervención.

c) Acompañamiento Sociolaboral: El Ejecutor debe desarrollar, durante un período máximo de 20 meses, una serie de sesiones individuales y grupales de acuerdo a la metodología establecida, para el 50% de los Usuarios/as que participan en la intervención psicosocial.



5. Actores del Modelo de Intervención, Roles, Funciones y Perfil

Para la implementación del Modelo de Intervención, se establece una estructura de gestión que articule los diferentes estamentos institucionales que participan de la ejecución, con funciones complementarias entre sí, y que en conjunto hacen posible una intervención integral a los Usuarios/as.

Respecto de las instituciones o entidades intervinientes, éstas tendrán los siguientes roles:

a) Ministerio: Administrador, coordinador y supervisor del Subsistema y sus Programas;
b) Entidad que Brinde Asistencia Técnica: Servicio Nacional del Adulto Mayor ("SENAMA") u otra entidad con la que el Ministerio suscriba convenio para estos efectos.
c) Ejecutores: Responsables de trabajar coordinadamente para mejorar las condiciones de bienestar e inclusión social, de manera de contribuir a la superación de su situación de especial vulnerabilidad y pobreza. De acuerdo con el inciso segundo del artículo 8 del Reglamento, los ejecutores preferentes de este Modelo de Intervención, son las Municipalidades. Excepcionalmente, por motivos fundados el Ministerio podrá recurrir a otros organismos públicos del Gobierno Central o descentralizados, para realizar la ejecución del modelo de intervención, en conformidad al artículo 9 de la ley N° 18.575.

Para estos efectos se celebrarán los convenios de transferencia y/o colaboración que se requieran en el marco de las presentes orientaciones.

El Ministerio establecerá equipos en las Secretarías Regionales Ministeriales de Desarrollo Social, en lo sucesivo las "SEREMI MDS", que coordinarán y apoyarán la gestión local. Para dar cumplimiento a lo anterior, se implementará un Modelo de Gestión que articule los diferentes estamentos y sus funciones.

En la siguiente tabla se detallan las instancias de coordinación y los actores por nivel territorial:

Nivel Territorial	Unidad Operativa	Instituciones	Actores	Instancia de Coordinación
Nacional	Equipo Central	MDS	Encargado/a Nacional	Mesa Técnica Nacional
		SENAMA o institución encargada de la asistencia técnica.	Encargado/a Nacional de Asistencia Técnica	
Regional	Equipos Regionales	SEREMI MDS	Encargado/a Regional Especialista en Grupos Vulnerables	Mesa Técnica Regional
		SENAMA o institución	Gestor/a Regional de Asistencia	

		encargada de la asistencia técnica.	Técnica	
Local	Equipos Locales	Preferentemente Municipalidades	Encargada/os Comunales Monitor/a Comunitario/a	Mesa técnica Comunal

a) Actores a Nivel Nacional

i) Encargado/a Nacional del Programa

Desde el Ministerio de Desarrollo Social, el Encargado/a Nacional es el responsable de las labores de administración, coordinación y supervisión del Programa Vínculos a nivel nacional. Sus funciones específicas son las siguientes:

- Respecto del Modelo de Intervención:
  - Liderar y Monitorear el proceso de convocatorias a nivel nacional.
  - Determinar los marcos presupuestarios referenciales a los ejecutores del Modelo de Intervención.
  - Definir las coberturas locales de acuerdo al marco presupuestario entregado.
  - Enviar a las regiones la nómina de Usuarios/as Potenciales del Programa.
  - Realizar a nivel nacional la supervisión y monitoreo del Convenio de Asistencia Técnica suscrito entre el Ministerio y la institución encargada de brindar asistencia técnica.
  - Apoyar y supervisar la gestión y cumplimiento de las metas del Programa.
  - Ejecutar medidas necesarias para la adecuada implementación del Modelo de Intervención.
  - Definir en conjunto con la institución a cargo de la asistencia técnica de conformidad al convenio suscrito, el Plan Nacional de Asistencia Técnica.
  - Convocar y asistir a la Mesa Técnica Nacional, para realizar seguimiento a la asistencia técnica, además de coordinar, resolver y aprobar materias relacionadas con la ejecución.
  - Apoyar y supervisar la activación de las transferencias monetarias, que correspondan, a los Usuarios/as que participan del Programa.
  - Apoyar y supervisar el correcto funcionamiento del sistema informático para el ingreso de la información del proceso.
  - Supervisar el cierre administrativo de los convenios.

- Respecto del Programa Eje:
  - Monitorear a nivel nacional, la ejecución del Programa Eje y de los Programas de Acompañamiento.
  - Apoyar y supervisar la correcta gestión de los servicios y prestaciones sociales a nivel nacional.

ii) Encargado/a Nacional de Asistencia Técnica

Desde el Servicio Nacional del Adulto Mayor o la institución a la que se le haya encargado la asistencia técnica, el Encargado/a Nacional de Asistencia Técnica es el responsable de acompañar técnicamente, capacitar y supervisar a los equipos locales. Sus funciones son:

- Respecto del Modelo de Intervención:
  - Elaborar en coordinación con el Encargado/a Nacional del Programa, el Plan Nacional de Asistencia Técnica.

- Gestionar la contratación y capacitación de los Gestores/as Regionales de Asistencia Técnica
- Apoyar el proceso de instalación del Modelo de Intervención a nivel nacional, incluyendo la capacitación de los equipos locales.
- Asistir a las Mesas Técnicas Nacionales convocadas por el Encargado/a Nacional del Programa.
- Presentar al Ministerio, los Informes Técnicos de Avance, de acuerdo a los plazos y contenidos establecidos en el Convenio de Transferencias de recursos que éste haya suscrito con SENAMA.
- Presentar al Ministerio, los Informes Financieros mensuales, de acuerdo a lo establecido en el Convenio de Transferencia de recursos suscrito entre éste y SENAMA.

– Respecto del Programa Eje:
  - Prestar apoyo y asistencia técnica a los ejecutores del país, responsables de la Implementación del diagnóstico, del acompañamiento, evaluación y cierre del Programa.
  - Realizar seguimiento a la asistencia técnica, además de coordinar, resolver y aprobar materias relacionadas con los acompañamientos Psicosocial y Sociolaboral.
  - Sistematizar experiencias de implementación del Modelo de Intervención para futuras mejoras del Programa.

b) Actores a Nivel Regional

i) Encargado/a Regional del Programa

Desde la Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social, el Encargado/a Regional es el responsable de coordinar la implementación del Modelo de Intervención, de la gestión presupuestaria y administrativa del Programa Vínculos en la región. Sus funciones se enmarcan en las siguientes responsabilidades:

– Respecto del Modelo de Intervención:
  - Administrar, supervisar y apoyar la instalación y desarrollo del Programa a nivel regional y local (Convocatorias), de acuerdo a los estándares requeridos.
  - Gestionar los convenios de transferencia de recursos con los ejecutores de la región.
  - Capacitar a los equipos comunales sobre la ejecución técnica, administrativa y financiera del Programa.
  - Distribuir entre los Especialistas de Grupos Vulnerables, las comunas en las que harán monitoreo y seguimiento.
  - Administrar y supervisar la implementación del Programa a nivel regional.
  - Supervisar la gestión administrativa de los equipos comunales mediante la revisión y aprobación de los informes técnicos y financiero de avance.
  - Elaborar en conjunto con SENAMA, o la institución encargada de brindar asistencia técnica, el Plan Regional de Asistencia Técnica, en el que deberá incluir la cantidad de mesas técnicas regionales y comunales que se desarrollarán.
  - Convocar y liderar de las Mesas Técnicas Regionales y Comunales en conjunto con SENAMA o la institución encargada de brindas asistencia

técnica, con el fin de apoyar y resolver nudos críticos que se puedan presentar en las distintas etapas de ejecución del modelo.

- Respecto del Programa Eje:
  - Asignar los Usuarios/as Potenciales del Programa a los ejecutores, para iniciar el proceso de contacto inicial de aquéllos.
  - Supervisar las metas de cobertura.
  - Monitorear y supervisar el diagnóstico realizada por los Ejecutores.
  - Supervisar los procesos correspondientes de la etapa de seguimiento del desarrollo integral programa.
  - Supervisar y monitorear las metas de procesos y resultados del modelo a nivel regional y local.
  - Generar instancias de coordinación con instituciones que apoyen la gestión local de oferta.
  - Apoyar las capacitaciones realizadas por la asistencia técnica a los Ejecutores.
  - Supervisar el cumplimiento del plan regional de asistencia técnica de SENAMA.
  - Supervisar la aplicación de los instrumentos de valoración y evaluación final a los Usuarios/as.
  - Velar por el cumplimiento de metas del Programa en la región.
  - Supervisar la gestión administrativa de los equipos comunales mediante la revisión y aprobación de los informes técnicos y financiero final.
  - Supervisar y monitorear los cierres administrativos de los convenios con las comunas respectivas.

ii) Especialista en Grupos Vulnerables

Es el responsable de monitorear la participación de las personas mayores en el Programa, desde su incorporación hasta su egreso. Implica desarrollar acciones de validación, seguimiento y evaluación de los participantes propias del Programa Eje del Subsistema. Asimismo, apoyará al Encargado/a Regional en las labores que le asignen propios de su cargo. Sus funciones son las siguientes:

- Respecto del Modelo de Intervención:
  - Monitorear la instalación del Modelo de Intervención en las comunas asignadas por el Encargado/a Regional.
  - Apoyar y participar de las instancias de capacitación de los equipos comunales.
  - Velar por el cumplimiento de los objetivos de cada programa y sus metodologías.
  - Realizar el monitoreo de la trayectoria de los Usuarios/as ingresados al Subsistema.
  - Apoyar el acto de cierre comunal, en caso que lo hubiere.
  - Apoyar y monitorear el proceso de cierre del Convenio de las comunas asignadas.

- Respecto del Programa Eje:
  - Monitorear el desarrollo de la aplicación de instrumentos (Documento de Compromiso, Diagnóstico y Plan de Intervención), que se realiza con los Usuarios/as Potenciales para el ingreso al Subsistema Seguridades y Oportunidades.
  - Desarrollar y/o validar, según corresponda, el diagnóstico.

- Mantener un archivo con las copias en papel de todos los documentos utilizados para el contacto de cobertura de los todos potenciales Usuarios/as, visitados con independencia del resultado, es decir, sea que accedas a participar adultos mayores ingresados al Subsistema, inubicabilidad o rechazo a la participación.
- Monitorear la activación de las transferencias monetarias, cuando corresponda, para aquellas personas mayores que se encuentran ingresadas al Programa.
- Realizar el seguimiento al Plan de Intervención para cada participante (instancias grupales e individuales).
- Monitorear los hitos de seguimiento, en las mesas técnicas regionales y comunales.
- Participar de todas las instancias de coordinación en el territorio.
- Apoyar al Encargado/a Regional en la implementación del Programa en las comunas asignadas en el aspecto técnico, administrativo y financiero.
- Realizar la evaluación final de los participantes del Programa Vínculos con la información desarrollada por los ejecutores, el seguimiento de las transferencias monetarias, cierre de las sesiones grupales e individuales, asociados a los respectivos acompañamientos.

iii) Gestor/a Regional Encargado/a de la Asistencia Técnica

El Servicio Nacional de Adulto Mayor o la institución que brinde asistencia técnica, a través de sus Gestores/as, proporciona el servicio de Asistencia Técnica a los ejecutores locales del Programa. Sus funcione son:

- Respecto del Modelo de Intervención:
  - Asesorar a los equipos comunales en el proceso Convocatoria.
  - Participar del proceso de selección del perfil de los Monitores/as Comunitarios/as Monitores/as Comunitarios/as.
  - Capacitar a la totalidad del equipo comunal en la Metodología de Intervención del Programa y en las materias que se consideren relevantes para la adecuada ejecución del mismo.
  - Construir en conjunto con el Encargado/a Regional, el Plan de Asistencia Técnica.
  - Diseñar e implementar acciones o estrategias de apoyo técnico diferenciadas de acuerdo a las necesidades de capacitación de cada equipo, en función de lograr tanto el cumplimiento de los indicadores como de las prestaciones del Modelo de Intervención.
  - Participar de las mesas técnicas regionales y comunales.
  - Identificar y recoger los aprendizajes y buenas prácticas de los equipos comunales.
  - Informar cuatrimestralmente al SEREMI MDS, el avance del Modelo de Intervención en cada comuna de la región, de acuerdo al Plan de Asistencia Técnica definido entre ambas partes, de acuerdo a la realidad de cada ejecutor
  - Realizar la gestión de red para fortalecer el trabajo de los servicios y prestaciones sociales.

- Respecto del Programa Eje:
  - Asesorar a los equipos comunales en el proceso de instalación del Modelo de Intervención y la difusión del mismo.

- Capacitar a los ejecutores, en aspectos gerontológicos y metodológicos coherente con la etapa diagnóstica.
- Apoyar la implementación del acompañamiento, realizada por los Monitores/as Comunitarios/as.
- Diseñar e implementar acciones o estrategias de apoyo técnico diferenciadas de acuerdo a las necesidades de capacitación de cada equipo, en función de lograr que el Modelo de Intervención se ejecute de acuerdo a la metodología propuesta.
- Aplicar un sistema de evaluación a los Monitores/as Comunitarios/as.
- Realizar supervisiones en terreno la ejecución técnica del Programa por parte de los ejecutores.
- Realizar acompañamiento técnico a los Monitores/as Comunitarios/as en sesiones individuales y grupales para aportar en su desempeño.
- Apoyar con Asistencia Técnica a los ejecutores para la Implementación de la Evaluación y Cierre del Programa.
- Apoyar a los equipos comunales en el cierre técnico/metodológico del Acompañamiento Psicosocial y Sociolaboral.

c) Actores a Nivel Local

En el marco de la Ley N° 20.595, los ejecutores preferentes para la realización del Acompañamiento Psicosocial y Sociolaboral son las municipalidades, entendiendo que su capacidad de articulación de todos los servicios y prestaciones sociales a nivel local, la integración de programas sociales, interlocución con los dirigentes sociales, con los organismos no gubernamentales, servicios públicos, entre otros, sumado a su conocimiento del territorio, le permite eficiente y oportunamente gestionar las demandas individuales y colectivas para entregar respuestas integrales para su comunidad. En casos excepcionales, por motivos fundados, el Ministerio podrá recurrir a otros organismos públicos del Gobierno Central o descentralizados, para realizar la ejecución del modelo de intervención a nivel local.

En el ámbito local, el Modelo de Intervención que pretende fortalecer los vínculos familiares, grupo de pares, entorno vecinal e institucional, debe estar inserto en una unidad estratégica de carácter territorial, que potencie y otorgue sustentabilidad al contenido social, entendida como el acceso a transferencias monetarias, ayudas técnicas y otros subsidios, pero también con un fuerte componente comunitario, en el que los Usuarios/as, puedan articular su vida cotidiana con los otros, promoviendo un envejecimiento activo e inclusivo, proyectando sus logros obtenidos y manteniendo la relación con otros Usuarios/as una vez terminada su participación en este Programa.

Bajo esta misma lógica, el ejecutor debe informar a los Usuarios/as de las iniciativas comunales destinadas a este grupo etario, como son las oficinas del Adulto Mayor, las unidades de organizaciones comunitarias y los Departamentos Sociales vinculados al área comunitaria, para incentivar su integración y participación en las agrupaciones comunitarias existentes, a partir de sus intereses. En este sentido, la realización de los Comités de Coordinación Intersectorial Local, apuntan a sensibilizar a las instituciones de la red local, generar una mayor oferta disponible para estos Usuarios/as y otorgar una respuesta integral frente a casos de alta complejidad social.

Para efectos de coordinación, los ejecutores del Modelo de Intervención, a nivel local, deben designar a un Encargado/a del Programa, y contratar a los Monitores/as Comunitarios/as para la realización de las sesiones. Para ello, el ejecutor contará con la asistencia técnica del SENAMA y con el apoyo y coordinación de la SEREMI MDS.

El Encargado/a del Programa deberá ser un funcionario del ejecutor con responsabilidad administrativa, y su designación como tal quedará establecida mediante decreto alcaldicio o el acto administrativo que corresponda. En el caso de cambiar la persona del Encargado/a, el ejecutor, deberá informar a la SEREMI MDS respectiva mediante Oficio y designar al nuevo Encargado/a mediante el mismo procedimiento.

i) Encargado/a Comunal

Deberá ser un funcionario de la municipalidad o el ejecutor que corresponda, con responsabilidad administrativa, y tendrá a cargo la gestión técnica y administrativa del Programa, y la responsabilidad de coordinar el equipo de trabajo para cumplir con los objetivos del Programa, tanto en su implementación metodológica como administrativa.

El Encargado/a Comunal deberá coordinarse de manera permanente con el Gestor/a Encargado/a de la Asistencia Técnica, con el Encargado/a Regional y con los Especialistas de Grupos Vulnerables, durante toda la implementación del Programa.

Sus funciones principales son:

- Respecto del Modelo de Intervención:
  - Presentar los documentos solicitados en la Convocatoria, así como los señalados en el Convenio de Transferencia y los requeridos en el Sistema de Gestión de Convenios, SIGEC (aceptar invitación, presentar proyecto, plan de cuentas, entre otros), debiendo utilizar en forma exclusiva el Sistema de Gestión de Convenios (SIGEC).
  - Coordinar la selección y contratación de los Monitores/as Comunitarios a cargo de la ejecución del Programa, de acuerdo al perfil e indicaciones que estas Orientaciones establecen.
  - Efectuar la aplicación de los instrumentos diagnósticos al total de la cobertura asignada a la comuna, la que deberá ser validada por los Especialistas en Grupos Vulnerables.
  - Velar por la cobertura asignada en los respectivos acompañamientos.
  - Participar de las mesas técnicas regionales y comunales a las que sea convocado.
  - Participar de las instancias de formación, capacitación y actualización de conocimientos que se generen a instancia de la SEREMI MDS y del SENAMA o entidad que brinde asistencia técnica, a fin de que se incorporen, desarrollen y/o fortalezcan las competencias básicas que se requieren para prestar una atención de calidad a los Usuarios/as participantes del Programa.
  - Generar al menos seis Comités de Coordinación Intersectorial Local, tres de ellos en los primeros 12 meses de implementación y los otros tres en el segundo año, a fin de realizar análisis de casos y conformación de oferta complementaria para que los Usuarios/as puedan acceder a prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades.

- Respecto del Programa Eje:
  - Coordinar la ejecución de la aplicación del Programa a nivel local, de acuerdo a lo definido en estas Orientaciones, y conforme a las disposiciones contenidas en el convenio respectivo, manual de intervención para el desarrollo del Programa y demás normativa vigente.

- Asignar y distribuir la atención de los Usuarios/as Potenciales del Programa a los Monitores/as Comunitarios/as, conforme a la nómina proporcionada por la SEREMI MDS.
- Coordinar con el Especialista en Grupos Vulnerables, la validación de los instrumentos diagnósticos aplicados por los Monitores/as Comunitarios/as.
- Coordinar el acompañamiento a nivel local, de acuerdo a lo definido en el Convenio suscrito, normas vigentes y manual de intervención.
- Coordinar la red local existente que permita gestionar las necesidades identificadas en la intervención.
- Monitorear el desarrollo de la ejecución del Programa, velando por la correcta implementación del Modelo de Intervención, mediante supervisiones en terreno a los Monitores/as Comunitarios/as en la fase individual y grupal en los Acompañamientos Psicosocial y Sociolaboral (al menos una supervisión en cada etapa).
- Coordinar con el Especialista en Grupos Vulnerables, la validación del seguimiento de los hitos de la intervención y la realización de fases de valoración constituyentes de la evaluación de los participantes del Programa.
- Mantener actualizados los registros físicos y digitales dispuestos para el Programa.
- Coordinar la ejecución de las sesiones grupales e individuales de valoración de los Usuarios/as.
- Coordinar el cierre técnico y metodológico del Modelo de Intervención a nivel local.
- Realizar y enviar el informe técnico y financiero final de acuerdo a los plazos establecidos en el Convenio a la SEREMI MDS.
- Gestionar el cierre administrativo del Convenio.

ii) Monitor/a Comunitario/a

La acción del Monitor/a Comunitario/a se enmarca en la aplicación del Modelo de Intervención a nivel local, utilizando el manual, y los documentos técnicos y metodológicos elaborados por la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio, cuyo propósito es promover en el Usuario/a el envejecimiento activo y la inclusión social, además de prevenir la dependencia y pérdida de la autonomía. Adicionalmente, este actor colabora con la inserción efectiva del Usuario/a en la red de prestaciones y servicios que potencien su bienestar.

1) Funciones

Las funciones del Monitor/a Comunitario/a, en el marco del presente Programa, serán al menos:

- Respecto del Modelo de Intervención:
  - Asistir a las capacitaciones efectuadas por el servicio de asistencia técnica y la SEREMI MDS.
  - Asistir a mesa técnicas comunales y/o regionales que sean convocados, además de reuniones bilaterales respectivas.

- Respecto del Programa Eje:
  - Administrar el número de participantes asignados por el Encargado/a Comunal y validados por el Especialista en Grupos Vulnerables.

- Coordinarse con los Especialistas en Grupos Vulnerables, para la validación del diagnóstico, que considera las siguientes acciones y/o aplicación de los siguientes instrumentos:
- Aplicación del Documento de Compromiso.
- Aplicación del Instrumento de Diagnóstico a los Usuarios/as que firmaron el Documento de Compromiso, el cual será validado por el Especialista en Grupos Vulnerables.
- Gestionar la firma del Plan de Intervención definido de acuerdo a los resultados del Instrumento de Diagnóstico.
- Disponer toda la información en la plataforma informática vigente para esta etapa.
- Conocer las redes comunitarias existentes en el entorno de la persona mayor, contactando al Usuario/a con aquellas organizaciones de interés, a través del levantamiento del "Mapa de Oportunidades".
- Desarrollar el Modelo de Intervención de acuerdo a la metodología diseñada para el Acompañamiento Psicosocial y Sociolaboral en cada persona mayor participante del Programa.
- Acompañar y apoyar a los Usuarios/as en la definición y logro del Plan de Desarrollo y/o Plan Laboral/Ocupacional, de acuerdo a las prioridades e intereses de ellos.
- Estimular y motivar la participación activa del Usuario/a en los encuentros grupales y en otras instancias comunitarias.
- Mantener al día el registro informático y los medios físicos de verificación (cuadernillo), velando por la veracidad de los datos consignados.
- Resguardar los medios de verificación y todos los documentos descritos en las presentes Orientaciones.
- Participar en las redes locales y provinciales de temáticas de Personas Mayores con el fin de aportar con actividades complementarias a los Usuarios/as del Programa, como turismo social, plazas ciudadanas, entre otras.
- Participar en las instancias de formación y capacitación a las que sea convocado/a por SENAMA, o la entidad que brinde asistencia técnica, y/o por la SEREMI MDS.
- Realizar las sesiones individuales y grupales de valoración del proceso, que insuman y sirven para el desarrollo del proceso de evaluación de los Usuarios/as participantes del Programa.
- Realizar el proceso de cierre técnico y metodológico con los Usuarios/as participantes del Programa.
- Apoyar al Encargado/a Comunal en el cierre administrativo y financiero del Convenio.

Atendida la naturaleza del Modelo de Intervención, y de conformidad con lo establecido en el inciso segundo del artículo 31, del Decreto N° 34, de 2012, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales, la intervención con los Usuarios/as de este Modelo deberá ser desarrollada por profesionales y/o técnicos idóneos, debiendo cumplir con los requisitos mínimos establecidos para cada perfil. Excepcionalmente, y de acuerdo a lo establecido en la misma norma, tratándose de localidades en que no haya acceso a profesionales o técnicos idóneos, las personas naturales que implementen el programa deberán estar calificadas para desempeñar esta labor.

2) Perfil del Monitor/a Comunitario/a (de Acompañamiento Psicosocial)

Los Monitores/as Comunitarios/as, tendrán un rol desde el contacto inicial de los Usuarios/as hasta la ejecución de los Acompañamientos Psicosocial y Sociolaboral, cuando corresponda. Para estos efectos deberán contar con las siguientes condiciones:

- Título Profesional, Técnico o Licenciado del Área de las Ciencias Sociales o de Salud.
- Experiencia laboral en :
    - Experiencia en trato directo con Personas Mayores, o
    - Experiencia en intervención comunitaria y/o psicosocial, especialmente con población vulnerable, o
    - Experiencia Articulación de redes locales públicas y privadas.
- Manejo en computación a nivel de Usuario/a, Office e Internet.
- Disponibilidad horaria diurna para la atención de los Usuarios/as, asistencia a reuniones y capacitaciones.
- Habilidades Sociales:
    - Pro actividad.
    - Capacidad de Trabajo en equipo.
    - Empatía.
    - Liderazgo.
    - Tolerancia a la Frustración.

3) Perfil del Monitor/a Comunitario/a de Acompañamiento Sociolaboral

Un Monitor/a Comunitario/a de Acompañamiento Psicosocial podrá realizar también el Acompañamiento Sociolaboral, dependiendo del número de Usuarios/as a intervenir, y de sus características profesionales, capacidades, experiencia profesional y disponibilidad horaria; por lo tanto, debe cumplir con las mismas habilidades y conocimientos expuestos en el perfil del Monitor/a Comunitario/a para el Acompañamiento Psicosocial, y deberá ser aprobado por el SENAMA o la institución encargada de la asistencia técnica, en coordinación con la SEREMI MDS respectiva.

Para el caso de profesionales que no realicen el Acompañamiento Psicosocial, podrán postular al cargo de Monitor/a de Acompañamiento Sociolaboral cumpliendo las siguientes condiciones:

- Título Profesional, Técnico o Licenciado del Área de las Ciencias Sociales o de Salud.
- Experiencia laboral preferente en :
    - Instituciones de Salud con proyectos comunitarios y/o de atención a Usuarios/as o,
    - Instituciones que realizan rehabilitación o tratamiento a Personas Mayores como un Centro Comunitario de Rehabilitación o,
    - Contar con experiencia en el área comunitaria.
- Manejo en computación a nivel de Usuario/a, Office e Internet.
- Disponibilidad horaria diurna para la atención de los Usuarios/as y asistencia a reuniones y capacitaciones.
- Habilidades Sociales:
    - Pro actividad.
    - Capacidad de Trabajo en equipo.
    - Empatía.
    - Liderazgo.
    - Tolerancia a la Frustración.

Los Organismos Ejecutores de los respectivos Programas Acompañamiento, deberán adecuarse a estos perfiles, para cautelar el cumplimiento de los objetivos del Modelo de Intervención mediante la elección de Monitores/as Comunitarios/as idóneos.

4) Proceso de Selección y Contratación

La selección de los Monitores/as deberá ser efectuada por los Organismos Ejecutores de los Programas de Acompañamiento (preferentemente los municipalidades), de conformidad a la normativa legal y reglamentaria vigente. Para estos efectos, los Ejecutores deberán:

- Realizar el proceso de selección que corresponda de conformidad a la normativa vigente velando por el cumplimiento de los perfiles definidos en las presentes Orientaciones. Aquellas instituciones que tienen experiencia previa, podrán continuar con los servicios de los Monitores/as de versiones anteriores, siempre y cuando cumplan con el perfil establecido y previo informe favorable del SENAMA o de la institución encargada de la asistencia técnica, y el Encargado/a de la SEREMI MDS.
- Realizar el proceso de contratación durante el proceso de instalación del Programa, el cual no debe extenderse más allá de un mes.
- Registrar por escrito y con el debido respaldo electrónico, todo el proceso de selección y contratación.
- Conformar una Comisión Evaluadora, que participará en todo el desarrollo del proceso de selección y confeccionará las nóminas de candidatos elegibles que correspondan para la selección de quién o quiénes serán los Monitores/as respectivos.
- Seleccionar a los candidatos a Monitores/as Comunitarios/as de la o las nóminas que se presenten y proceder a la contratación de los mismos. El contrato respectivo deberá considerar a lo menos, individualización de la persona, funciones a desarrollar, destinación territorial, limitaciones de su labor y vigencia.

6. Plan de Asignación de Monitores, Para Grupos de Usuarios/as

Para la correcta ejecución de las labores asignadas a los ejecutores (preferentemente municipalidades), estos deberán gestionar los roles asignados a los Monitores/as Comunitarios/as, a través de su Encargado/a Comunal, a efectos de lograr una cobertura y asignación de Usuarios/as en los siguientes términos:

a) Respecto del ingreso de los Usuarios/as al Subsistema, el ejecutor (preferentemente una municipalidad) deberá, en el plazo que se establezca en el convenio de transferencia de recursos, alcanzar la cobertura comunal asignada en el mismo.

b) Respecto de los Programas Acompañamiento Psicosocial y Sociolaboral, se deberán considerar factores como el acceso, el tiempo de cada sesión y la periodicidad del acompañamiento al lugar donde habitan los Usuarios/as.

En este contexto, se han zonificado las comunas según un criterio de "Índice de Aislamiento", estableciendo un número de Usuarios/as máximos a atender por cada Monitor/a, y el tiempo mínimo que implica la atención de la cobertura asignada, según se indica a continuación:

a) <u>Zonificación de las Comunas</u>

La desigual geografía nacional es una condición que no sólo se expresa a nivel nacional, sino también dentro de una misma región; por lo tanto, para efectos de la ejecución del Programa, se debe efectuar una gestión diferenciada no sólo en términos metodológicos, sino también materias de recursos de inversión y administración.
Con el propósito de identificar territorios que tengan zonas de alto aislamiento, el Programa utilizará el Índice de Aislamiento comunal publicado en el documento de la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (2011), "Estudio Identificación de Territorios Aislados", que resulta luego de analizar y evaluar la "relación existente entre los componentes de Aislamiento Estructural (variables morfológicas, clima y demográficas) y Grado de Integración (capacidad que tiene el sistema regional para atenuar estas condiciones desventajosas y lograr niveles de integración que permitan que los territorios sobrepasen, aminoren o mitiguen los perjuicios del aislamiento y puedan acceder a las dinámicas y servicios sociales, económicos, políticos, y cívicos, entre otros, del que gozan la mayoría de los habitantes del país)"[1].

Este estudio considera el cálculo del Índice de Aislamiento para 298 comunas del país, toda vez que exceptúa los territorios insulares de Isla de Pascua y Juan Fernández, además de la Antártica, por recibir la característica de territorio especial que les confiere la Ley N° 20.193[2]; y aquellas comunas que pertenecen a las tres principales áreas metropolitanas, que más adelante se detallan y que, a priori, se entienden como integradas.

El Índice de Aislamiento adopta un continuo de valores, en los que valores negativos refieren a un mayor aislamiento, mientras que comunas con mayores valores positivos para el índice refieren a comunas con menor aislamiento. Los valores del índice son comparables intrarregionalmente o según macrozonas (norte, centro y sur). Para efectos operativos, se ha optado por trabajar con la información del índice intrarregionalmente, clasificado a las comunas del país, según los siguientes grupos:

- Grupo 1 Comunas integradas o sin aislamiento: Aquellas comunas pertenecientes a las Áreas Metropolitanas de Santiago, Gran Valparaíso y Concepción; a saber, las comunas de la Provincia de Santiago más las comunas de San Bernardo y Puente Alto; comunas de Valparaíso, Viña del Mar, Concón, Quilpué y Villa Alemana y las comunas de Concepción, Talcahuano, Hualpén, San Pedro de la Paz, Chiguayante y Penco, respectivamente. Se considerará en este grupo todas las capitales regionales.

- Grupo 2 Comunas con bajo índice de aislamiento: Aquellas comunas cuyo índice de aislamiento es mayor que el índice de aislamiento promedio regional más una desviación estándar de la distribución regional del índice.

- Grupo 3 Comunas con índice aislamiento medio: Aquellas comunas cuyo índice de aislamiento es mayor que el índice de aislamiento promedio regional menos una desviación estándar; o menor o igual que el índice de Aislamiento promedio regional más una desviación estándar de la distribución regional del índice.

---

[1]Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo – SUBDERE, Estudio Identificación de Territorios Aislados 2011 de la División de Políticas y Estudios Departamento de Estudios y Evaluación Unidad de Análisis Territorial, pp. 9. Para descarga en http://www.subdere.gov.cl/documentacion/estudio-identificaci%C3%B3n-de-territorios-aislados-2011, último acceso, julio de 2018.
[2]Cabe señalar que el programa Vínculos no tiene cobertura territorial en estas comunas.

- Grupo 4 Comunas de mayor índice de aislamiento: Aquellas comunas cuyo índice de aislamiento es menor o igual que el índice de aislamiento promedio regional menos una desviación estándar de la distribución regional del índice.

b) Número de Usuarios/as por Monitor/a por Grupo Zonal

Para efectos de cautelar el cumplimiento de los objetivos tanto del Modelo de Intervención, como de los Planes de Intervención, habrá un número máximo de Usuarios/as a quienes se les asignará el mismo Monitor/a Comunitario/a según su grupo zonal, lo que se aplicará tanto para el caso en que el Monitor/a realice sólo el acompañamiento psicosocial o sociolaboral, como si realiza ambos:

Un monitor/a que realice el acompañamiento psicosocial y sociolaboral tendrá la siguiente cantidad máxima de atención de los siguientes usuarios/as:

Grupo Zonal	Factor	N° de Usuarios/as APS	N° de Usuarios/as ASL	N° Máx. de Usuarios/as ASP + ASL
Grupo 1	Comunas integradas o sin aislamiento	44	22	64
Grupo 2	Comunas con bajo índice de aislamiento	40	20	58
Grupo 3	Comunas con índice aislamiento medio	35	15	50
Grupo 4	Comunas de mayor índice de aislamiento	28	14	42

Para el caso del monitor/a que sólo realice sólo el acompañamiento sociolaboral, la cantidad máxima de usuarios por comuna es:

Grupo Zonal	Factor	N° de Usuarios/as ASL
Grupo 1	Comunas integradas o sin aislamiento	40
Grupo 2	Comunas con bajo índice de aislamiento	36
Grupo 3	Comunas con índice aislamiento medio	30
Grupo 4	Comunas de mayor índice de aislamiento	28

Cualquier variación en el número de Usuarios/os, deberá ser autorizado previamente por el SENAMA, o por la entidad que brinde la asesoría técnica, y por la Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social respectiva.

c) Periodicidad de las Visitas

A fin de desarrollar los acompañamientos y cumplir con el plan de intervención, el ejecutor debe cumplir con la totalidad de las sesiones comprometidas en la metodología de intervención, de modo tal que haya relación entre la cantidad de visitas efectivamente realizadas y la totalidad de las sesiones comprometidas. Para estos efectos, se ha determinado la periodicidad de las visitas, de acuerdo a la siguiente tabla resumen:

Grupo	N° de Usuarios/as máximos de atención APS	N° de Usuarios/as máximo de atención ASL	N° de Usuarios/as máximo en atención APS +ASL	Visitas mínimas esperadas
G1	44	40	64	Cada 15 días
G2	40	36	58	Cada 15 días

G3	35	30	52	Cada 15 días o una vez al mes
G4	28	28	40	Cada 15 días o una vez al mes

En casos de Usuarios/as que, por diversas razones estrictamente fundadas no puedan recibir la intervención en la periodicidad establecida, el ejecutor podrá plantear un plan alternativo de la ejecución de los acompañamientos, el que deberá ser aprobado por la Asistencia técnica de SENAMA y la SEREMI respectiva.

d) Organización Horaria

La ejecución del Modelo de Intervención, requiere que los Organismos Ejecutores, en virtud del número de Usuarios/as asignados a su comuna, los recursos existentes y la dispersión geográfica, establezcan una planificación de la respectiva cantidad de horas destinadas a los Usuarios, y en las que será atendido por el Monitor/a que para estos efectos le sea asignado y desarrolle la metodología respectiva.

En este marco es necesario señalar que la atención por sesión para cada Usuario/a debe tener una duración mínima de entre 60 a 90 minutos, además de los tiempos de trasladados. Por lo tanto el total de horas por cada grupo de Usuarios/as debe permitir al Monitor/a que les sea asignado, el cumplimiento de la cantidad de sesiones comprometidas; esto implica identificar cuántos Usuarios/as deben ser visitados semanalmente.

Para estos efectos, se ha calculado la cantidad de horas mínimas semanales de intervención para los Usuarios/as por zona, de modo tal que los Monitores/as que realicen sólo Acompañamiento Psicosocial o sólo Acompañamiento Sociolaboral, llevarán a cabo una atención de por lo menos 22 horas semanales; en cambio, aquellos Monitores/as que realicen el tope máximo de atención por grupo zonal, ejecutarán una atención de al menos 44 horas semanales

Grupo	N° de Usuarios/as máximos de atención APS	N° de Usuarios/as máximo de atención ASL	Horas Mínimas Semanales de atención	N° de Usuarios/as máximo en atención APS + ASL	Horas Semanales de atención
G1	44	40	22 horas	64	44 horas
G2	40	36	22 horas	58	44 horas
G3	35	30	22 horas	52	44 horas
G4	28	28	22 horas	40	44 horas

A este respecto, es necesario tener presente que cualquier cambio y/o adecuación a la organización horaria, deberá contar con autorización de SEREMI MDS y SENAMA, u organización que brinde la asistencia técnica.

Para asegurar la atención de calidad a los participantes del Programa, estas cifras de cobertura, son por convocatoria y no por Ejecutor, razón por la no se le podrá asignar a un grupo de Usuarios/as, un Monitor/a que, trabajando en más de una comuna, supere la organización horaria fijada.

En términos generales, los Ejecutores asignarán a los grupos de Usuarios/as, Monitores/as con quienes les que sea posible cumplir con la organización horaria expuesta anteriormente.

7. Modelo de Coordinación del Programa

Para la adecuada coordinación entre los distintos actores que intervienen con las personas Usuarios/as Potenciales, se crearán Mesas Técnicas a nivel Nacional, Regional y Comunal, cuyo objetivo será resguardar una coordinación fluida y organizada entre los diferentes actores para asegurar una intervención de calidad a los Usuarios/as que participan del Subsistema, así como también analizar los casos que como resultado del monitoreo, requieran de consideraciones específicas respecto de su intervención.



a) Mesa Técnica Nacional

Esta instancia de coordinación nacional será convocada por el Ministerio, de acuerdo a la periodicidad establecida en el Plan Nacional de Asistencia Técnica. En su conformación participan el Encargado/a Nacional de Programa y el Encargado/a Nacional de Asistencia Técnica.

La Mesa Técnica Nacional tendrá al menos las siguientes responsabilidades:

- Exponer y resolver nudos críticos que se estén desarrollando en la ejecución del Programa a nivel Regional o Comunal.
- Acordar los temarios de capacitación que se deben implementar a nivel regional.
- Intercambiar experiencias y análisis de buenas prácticas en la ejecución del Programa.
- Revisión del estado de avance de la ejecución del programa y del Plan Nacional de Asistencia Técnica.
- Acordar mejoras en la gestión del Programa a nivel Nacional, Regional y Comunal, según corresponda.

Cada vez que una Mesa Técnica Nacional sostenga una reunión, se deberá levantar un acta que señale los nombres y firmas de los participantes y del convocante, la fecha de la reunión, los temas tratados y los acuerdos adoptados según el formato "Acta Mesa Técnica", las que deberán quedar archivadas en el MDS y la institución que otorgue el Servicio de Asistencia Técnica.

b) Mesas Técnicas Regionales

Esta instancia de coordinación será convocada por la SEREMI MDS, de acuerdo a lo planificado en el Plan Regional de Asistencia Técnica. Su conformación requiere de la presencia de: los ejecutores (a través de los Encargados Comunales y Monitores/as Comunitarios/as), Gestores/as Regional de la Asistencia Técnica SENAMA o de la entidad que brinde asistencia técnica, Especialistas en Grupos Vulnerables, y el Encargado/a Regional de la respectiva SEREMI MDS.

En la primera Mesa Técnica Regional se deberá calendarizar las Mesas Técnicas siguientes, las que deben realizarse deseablemente cada 4 meses (tres MTR) y como

máximo cada seis meses (dos MTR). Estas Mesas Regionales, pueden desarrollarse a nivel provincial, dependiendo de la dispersión geográfica y la realidad territorial.

La Mesa Técnica Regional tendrá las siguientes responsabilidades:

- Intercambiar experiencias y análisis de buenas prácticas de la gestión comunal entre los Encargados del Programa.
- Revisión del estado de avance de la ejecución de la Intervención y del Plan de Asistencia Técnica en las distintas comunas.
- Generar instancias de formación y capacitación para los actores locales.
- Exponer casos complejos que puedan ejemplificar buenas prácticas de gestión y abordaje en red, que aporten como experiencia a los otros ejecutores.
- Generar un acta de la Mesa Técnica Regional y difundir mediante este instrumento los acuerdos alcanzados.

Cada vez que una Mesa Técnica Regional sostenga una reunión, se deberá levantar un acta que señale los nombres y firmas de los participantes y del convocante, la fecha de la reunión, los temas tratados y los acuerdos adoptados según el formato "Acta Mesa Técnica", las que deberán quedar archivadas en la respectiva SEREMI MDS.

c) Mesa Técnica Comunal

Esta instancia de coordinación está conformada por los Monitores/as, el Encargado/a Comunal, el Gestor/a Regional de la Asistencia Técnica, el Encargado/a Regional de la SEREMI y los Especialistas en Grupos Vulnerables.

En la primera Mesa Técnica Comunal se deberá calendarizar las mesas siguientes, de acuerdo a lo planificado en el Plan Regional de Asistencia Técnica, siendo su periodicidad deseable, cada 3 meses y como máximo cada 6 meses.

Dentro de sus responsabilidades se encuentran:

- Intercambiar experiencias y análisis de buenas prácticas de la gestión Comunal.
- Evaluar en forma sistemática el avance del Programa en la Comuna.
- Revisar y resolver casos detectados por el monitoreo del Seguimiento, con situaciones que afecten a los Usuarios/as y/o que estén dificultando el cumplimiento del Plan de Intervención.
- Analizar situaciones especiales durante el proceso de intervención, tales como eventuales incumplimientos del Plan de Intervención.

Las reuniones en que participen sólo dos de los actores que conforman las mesas técnicas, tendrán el carácter de reunión bilateral, perdiendo la validez de Mesa Técnica.

Además de estas Mesas Técnicas, los actores involucrados en la ejecución de los programas podrán generar otras instancias de coordinación, de acuerdo a las características y a la realidad regional y comunal, a las temáticas de interés y/o a dificultades que se generen en la implementación de ellos.

8. Programa Eje

a) Etapa de Diagnóstico Eje

i) Contacto de Cobertura

Los Monitores/as Comunitarios/as, serán los encargados de gestionar a nivel comunal la invitación e incorporación de los Usuarios/as Potenciales al Subsistema, a través de visitas domiciliarias. Respecto de la incorporación, podemos identificas 3 hitos:



ii) Contacto inicial y Documento de Compromiso:

A partir de la nómina de Usuarios/as Potenciales y bajo estricto orden de prelación, se debe realizar una visita domiciliaria para que el Usuario/a Potencial consienta su aceptación a esta invitación, o manifieste rechazo a la misma. Para estos efectos se han elaborado 3 documentos:

- Un díptico que explica en qué consiste el Programa, los derechos y compromiso de participación y las prestaciones que eventualmente podría acceder si cumple con los requisitos legales y reglamentarios que correspondan.(Anexo N°2)
- Un Documento de Compromiso que contiene, los objetivos del Programa, la individualización del Usuario/a y firma de aceptación (Anexo N°3)
- Declaración Voluntaria de no aceptación a participar del Programa (Anexo N°4).

iii) Aplicación del Instrumento Diagnóstico:

A través del Instrumento Diagnóstico, se registra la situación de vulnerabilidad social, relacional y de salud de los Usuarios/as, además de identificar sus recursos personales que permitirán guiar los procesos de acompañamiento psicosocial y sociolaboral, según corresponda.

Una vez realizado el Diagnóstico, a partir de los datos ingresados en el Sistema Informático vigente y verificado por el Especialista en Grupos Vulnerables, se elaborará el Plan de Intervención del Usuario/a, el que definirá:

- Trayectoria del acompañamiento psicosocial, ó
- Trayectoria con acompañamiento psicosocial y acompañamiento sociolaboral;
- Fecha de inicio, y duración de su participación en éstos;
- Transferencias a las que tendrá derecho el Usuario/a, de cumplir con los requisitos pertinentes.

iv) Presentación y Firma del Plan de Intervención

La presentación del Plan de Intervención, corresponde a la acción en que en una visita al domicilio del Usuario/a, el respectivo Monitor/a le presentará y explicará el Plan de Intervención propuesto.

Respecto del Plan de Intervención, el Usuario/a podrá adoptar alguna de las siguientes actitudes:

- Aceptar el Plan de Intervención propuesto, mediante la suscripción del mismo, dando inicio a la intervención de los Acompañamientos correspondientes. (Anexo N°5 Sólo APS y Anexo N° 6 APS +ASL)
- Observar el Plan, ante lo cual el Monitor/a deberá revisar las observaciones con el Encargado/a Comunal y la SEREMI MDS respectiva, para así realizar los ajustes que sean necesarios y volver a presentar el Plan al Usuario/a Potencial para la suscripción del mismo.
- No aceptar el Plan de Intervención propuesto. En este caso el Usuario/a Potencial deberá manifestar por escrito tanto su rechazo al Plan de Intervención, como su renuncia a pertenecer al Subsistema.

Cada documento debe firmarse en tres ejemplares, quedando una copia disponible para el Usuario/a, otra para el Ejecutor (preferentemente una municipalidad), y otra en la SEREMI MDS. Adicionalmente, el Monitor/a Comunitario/a deberá ingresar la información al sistema informático vigente, y los documentos de acreditación deberán ser digitalizados y dispuestos en la plataforma.

Los Ejecutores del Programa y las personas que lo implementen, deberán guardar la debida confidencialidad de los datos personales a los cuales tengan acceso, en conformidad con la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada.

b) Plazos para el Proceso Diagnóstico

Dentro del período de vigencia de cada nómina de Usuarios/as Potenciales, los plazos límites que rigen para su gestión son los siguientes:

- Se deberá asignar los Usuarios/as Potenciales a contactar, desde el día siguiente a la publicación de la nómina en su perfil del sistema informático vigente y/o recepción de Oficio de la SEREMI MDS respectiva.
- El plazo para incorporar a los Usuarios/as Potenciales al Programa, no deberá exceder de los 2 meses, desde que la recepción de la nómina.
- Cumplido este plazo, deberán tener registrada la información en la plataforma informática vigente de todos los Usuarios/as contactados, diagnosticados y con su Plan de Intervención suscrito, así como también aquellos Usuarios/as potenciales que están fallecidos, rechazaron la invitación o se encuentran inubicables.
- Cada SEREMI tendrá la misión de realizar el seguimiento y supervisión del cumplimiento de cobertura asignada a cada comuna.

c) Situaciones que pueden presentarse durante el Proceso de Diagnóstico

i) El Usuario/a Potencial no es encontrado en su domicilio

Al respecto, pueden presentarse las siguientes situaciones:

- *El Usuario/a Potencial no es encontrado en su domicilio al ser visitado por primera vez para invitarlo a participar del Programa:* El Monitor/a Comunitario/a, mediante una "Carta de Aviso Primera y Segunda Visita" (6. anexo), deberá dejar por escrito sus datos de identificación, y establecer una fecha y hora para una nueva visita. Se recomienda buscar información con parientes o familias vecinas respecto del paradero actual del Usuario/a Potencial.

- *El Usuario/a Potencial no es encontrado en su domicilio al ser visitado por segunda vez para invitarle a participar:* Deberá repetirse el procedimiento anterior.
- *El Usuario/a Potencial no es encontrado en su domicilio al ser visitado por tercera vez para invitarle a participar:*
- El Usuario/a Potencial se registrará como "no participa" por su condición de "inubicable", dejando en el domicilio la "Carta de Aviso Tercera Visita" (7. anexo).
- *El Usuario/a Potencial ya no se encuentra viviendo en ese lugar, y familiares y/o vecinos conocen el paradero del nuevo domicilio:* Si el nuevo domicilio se ubica dentro de la misma comuna, se deberá realizar una visita en la nueva dirección para llevar a cabo el contacto de invitación; paralelo a ello, se solicitará al Usuario/a Potencial, actualizar su nuevo domicilio en el Registro Social de Hogares, lo que podrá hacer utilizando su Clave Única entregada por el Servicio de Registro Civil e Identificación, clave RUN o acudiendo a su municipalidad. En cambio, si el nuevo domicilio se ubica en una comuna distinta a la asignada, se debe dejar la "Carta de Aviso Tercera Visita" (7. anexo), a los familiares y/o amigos, orientando al Usuario/a Potencial para que actualice su información en el Registro Social de Hogares.

ii) El Usuario/a Potencial es encontrado en el domicilio

Cuando el Usuario/a Potencial es encontrado en el domicilio, el Monitor/a debe identificarse, explicar el motivo de su visita, informar sobre este Modelo de Intervención y en general del Subsistema Seguridades y Oportunidades, dando a conocer sus prestaciones, beneficios, y las obligaciones que deberá asumir el Usuario/a en caso de aceptar su participación; una vez informado lo anterior, se deberá responder las preguntas o inquietudes que exponga el Usuario/a Potencial.

Se debe tener presente que la aceptación de los Usuarios/as Potenciales es un acto voluntario, por lo que tiene la facultad de aceptar o rechazar la invitación.

Ante la invitación, pueden ocurrir las siguientes situaciones:

- *El Usuario/a Potencial contactado decide no participar en el Programa:* Se le deberá solicitar que complete la Declaración Voluntaria de No Aceptación a Participar (3. anexo) y registrar al Usuario/a Potencial como "no participa". Si el Usuario/a Potencial se niega a firmar la declaración de no participación, deberá ser autorizado y firmado por el Encargado/a Regional Ministerial para que el Monitor/a pueda registrarlo como "no participa".

- *El Usuario/a Potencial no esté seguro de su participación y solicita tiempo para tomar una decisión:* Se debe acordar una nueva fecha de encuentro. Si la indecisión persiste en el segundo encuentro, se realizará una tercera y última visita, registrándose la decisión definitiva del Usuario/a Potencial como "participa" o "no participa", según corresponda. Si se cuenta con un número de teléfono para comunicarse con el Usuario/a Potencial, este medio también podrá ser utilizado para solicitar su decisión, y acordar luego una fecha para la firma del "Documento de Compromiso".

Considerando los procedimientos anteriores, el plazo máximo entre que se realice la invitación y el Usuario/a Potencial tome su decisión, no podrá superar los 15 días hábiles, con independencia del número de intentos que se realice.

- *El Usuario/a Potencial decide participar:* El Usuario/a Potencial deberá firmar el "Documento de Compromiso" (2. anexo), quedando el original en la carpeta de registro y una copia en su poder. Una vez firmado este documento, se entenderá que el Usuario/a Potencial es Usuario/a del Subsistema Seguridades y Oportunidades, y que por lo tanto, corresponde iniciar el proceso de Diagnóstico, para la elaboración de su Plan de Intervención. En caso de haber dos Usuarios/as Potenciales en el mismo domicilio, cada uno debe firmar un "Documento de Compromiso" por separado, ya que la intervención del Modelo es individual.

iii) Cambio de Estado del Contacto Inicial

Sobre el particular, podemos distinguir dos escenarios:

- Usuario/a Potencial registrado como "no participa", por "inubicable": Para que puedan volver a ser considerados como Usuarios/as Potenciales en la confección de la nómina para los siguientes periodos de contacto cobertura, deberán actualizar su nuevo domicilio en el Registro Social de Hogares, y cumplir con los requisitos y criterios establecidos.

- Usuarios/as Potenciales ingresados al Subsistema como "no participa", por motivos distintos a "inubicable": No quedarán excluidos permanentemente del Subsistema, y podrán volver a ser considerados como Usuarios/as Potenciales en la confección de la nómina para el siguiente periodo de contacto cobertura, en tanto cumplan con los requisitos y criterios establecidos.

d) Trayectorias de Acompañamiento: Protocolos para Cambios en el Acompañamiento

A lo largo de la intervención realizada en el Acompañamiento pueden ocurrir eventos al Usuario/a y a su entorno, que podrían implicar ajustes al Plan de Intervención acordado. A continuación se presentan algunas de las situaciones que podrían experimentar, y los procedimientos a seguir en cada caso:

i) Cambios en la Composición Familiar

Tanto la llegada o salida del otro integrante del grupo familiar, no deberá afectar la intervención que se realiza con la persona Usuaria, aunque sí podría variar el cálculo de las transferencias monetarias que éste recibe. El Usuario/a deberá realizar su actualización en el Registro Social de Hogares en la municipalidad, de manera que el cambio en la composición familiar quede registrado también en este Instrumento Técnico de Focalización.

Una vez que la nueva composición familiar sea actualizada en el Registro Social de Hogares, se deberá evaluar la necesidad de modificar el Plan de Intervención, mediante un acuerdo en la Mesa Técnica Comunal.

Sin perjuicio de lo anterior, el Usuario/a que ya se encuentre en proceso de intervención, no debe ser suspendido en el acompañamiento por esta causa.

ii) Cambio de Domicilio

Es posible que, durante el desarrollo de la intervención, los Usuarios/as cambien de domicilio, en cuyo caso, la respuesta debe intentar dar continuidad a la intervención del Usuario/a.

1) Responsables

- Monitor/a Comunitario/a
- Encargados Comunales
- Gestores/as Regionales SENAMA
- Especialista en grupos Vulnerables Vínculos, cuando corresponda.
- Encargados Regionales
- Encargado/a Nacional

2) Variables a Considerar

Se debe verificar que en la comuna de destino esté actualmente en ejecución el Modelo de Intervención, y que dicha comuna tenga la factibilidad de recibirlo. Lo anterior debe consultarse directamente desde el Encargado/a Regional al Encargado/a Nacional del Programa:

- En caso que el programa esté en ejecución en la nueva comuna, y que haya factibilidad de recibir al Usuario/a, se debe considerar lo siguiente:
    - Identificar la voluntad del Usuario/a de continuar su participación en el Subsistema. El Monitor/a Comunitario/a, deberá explicar al Usuario/a, que el cambio de comuna no implica dejar de pertenecer al Subsistema, en la medida que se dé cumplimiento al Plan de Intervención; por consiguiente es posible generar un traslado si las condiciones de la comuna de destino lo permiten. Lo relevante es conocer su disposición para enfrentar el cambio.
    - Se debe buscar siempre dar continuidad metodológica a la intervención, los procesos deben ser continuos y coherentes, velando por no repetir aquellas temáticas que hayan sido abordadas con anterioridad y buscando el adecuado desarrollo del Plan de Intervención.

3) Procedimiento de Traslado

1) El Monitor/a Comunitario/a deberá informar al Encargado/a Comunal de la comuna de origen la situación de traslado, consignando la nueva comuna, nuevo domicilio y los teléfonos de contacto del Usuario/a.
2) El Encargado/a Comunal de origen deberá informar a su Encargado/a Regional y al Gestor/a Regional de Asistencia Técnica, el cambio de domicilio.
3) El Encargado/a Regional de la SEREMI MDS respectiva, le informará la situación al Encargado/a Nacional; en caso que el cambio de domicilio signifique un cambio de región, éste último debe contactar al Encargado/a Regional de la SEREMI MDS correspondiente a la región de destino.
4) El Encargado/a Comunal y Encargado/a Regional de la SEREMI de la comuna de destino, deberán coordinarse para revisar los antecedentes y evaluar la posibilidad del ingreso de un nuevo Usuario/a.
5) Paralelamente el Gestor/a Regional de Asistencia Técnica de la comuna de origen, se coordinará con el Gestor/a Regional de la comuna de destino, para evaluar técnicamente la factibilidad de la continuidad de la intervención, realizará recomendaciones técnicas, y evaluará con el Monitor/a la estrategia de re-vinculación al Programa. Si es necesario, se realizará una Mesa Técnica Comunal para definir la situación, en el caso de evaluaciones divergentes entre los actores a nivel local y regional.
6) Una vez aceptado el traslado, se debe realizar el registro en el sistema informático vigente en ambos Ejecutores y, en el marco del convenio Institucional, despachar los antecedentes correspondientes al Documento de Compromiso, Cuadernillos, Plan de Intervención, Ficha de Caracterización, Diagnóstico y otros documentos originales del Usuario/a, a la SEREMI MDS de origen, para su evacuación a la comuna o región de destino.

7) Es importante que el Usuario/a sea visitado por el Encargado/a Comunal y/o Monitor/a Comunitario/a de la municipalidad o ejecutor respectivo correspondiente a la comuna de destino, en su nuevo domicilio y verifique que la información contenida tanto en el Sistema Informático como en los documentos de registro enviados, coincidan, tomando en consideración que debido al cambio de comuna, también podrían verse alteradas algunas situaciones en su nuevo contexto. En caso que así sea, se confirmará el Plan de Intervención, para continuar con el Proceso de Acompañamiento.
8) Si el cambio de domicilio se produce dentro de una misma región, se sugiere que se visualice una derivación asistida entre ambos Monitores/as y el Usuario/a con acompañamiento del Gestor/a Regional de Asistencia Técnica.
9) Si el Usuario/a no se encuentra ubicable en la comuna de destino, habiéndose realizado tres visitas en el domicilio informado, el Encargado/a Comunal deberá informar y enviar los antecedentes al Encargado/a Regional correspondiente, para que este devuelva la documentación a la comuna de origen, anule el tránsito del Usuario/a, y trámite cuando corresponda el término a su participación.

iii) Cambio de Monitor/a.

En el proceso de intervención es fundamental la generación del vínculo y confianza entre el Usuario/a y el Monitor/a Comunitario/a, por lo que se debe evitar cambiar el Monitor/a asignado a cada persona. Sin embargo, se podrán considerar como una excepción a lo anterior, las siguientes situaciones:

- Cuando el Técnico o Profesional, deje de prestar servicios en el ejecutor respectivo. .
- Cuando el Técnico o Profesional, por motivos de salud prolongados, se encuentra inhabilitado para desempeñar sus labores con los Usuarios/as a quienes le fue asignado/a.
- Por solicitud debidamente justificada de cambio de Técnico o Profesional por parte del Usuario/a; en estos casos, la Mesa Técnica Comunal deberá evaluar las alternativas posibles que permitan la continuidad en el Programa.

e) <u>Seguimiento del Programa Eje</u>

El seguimiento del Programa Eje que realiza el Especialista en Grupos Vulnerables, corresponde a una supervisión periódica de la trayectoria de los Programas de Acompañamiento Psicosocial y Sociolaboral de los Usuarios/as, y la verificación de la correcta ejecución del Plan de Intervención y de las acciones y prestaciones del Subsistema, de manera de detectar oportunamente los avances y/o deficiencias de la ejecución de éste, a fin de introducir los ajustes que sean necesarios para su óptimo cumplimiento.

El Sistema informático vigente proveerá la información de cada Usuario/a del Subsistema que será sujeto de seguimiento. De acuerdo con lo anterior y considerando los objetivos establecidos para el Seguimiento, la metodología considera tres componentes centrales, estos son:

i) Monitoreo Programado

El Monitoreo Programado se llevará a cabo con una periodicidad establecida de acuerdo con los **hitos de seguimiento** del Modelo de Intervención. Cada hito monitoreado debe ser completado en el Documento establecido para ello y para cada Usuario/a. Si la acción

de monitoreo informático arroja que el cumplimiento del Plan de Intervención está ocurriendo de acuerdo a lo planificado, entonces el seguimiento no gatilla acciones respecto del Plan de Intervención y se está en condiciones de realizar el monitoreo en el periodo siguiente.

En caso de suceder algún evento que pudiera afectar el cumplimiento del Plan de Intervención, se deberá realizar ya sea por motivo de una solicitud directa de un ejecutor o bien como resultado de un Monitoreo realizado por el Especialista en Grupos Vulnerables, una Mesa Técnica Comunal, que podrá arrojar los siguientes resultados:

1) Plan de Intervención sin cambios: Corresponde a la situación que se presenta cuando la Mesa determina que el evento o desajuste detectado que gatilló la realización de la misma, no tiene un impacto de consideración en el cumplimiento del Plan de Intervención, o bien que dicho impacto ya fue corregido o superado mediante la variación de la intervención en un par de sesiones o mediante la coordinación con alguno de los servicios o procesos asociados.

2) Modificación del Plan de Intervención: El Plan de Intervención podrá ser modificado con acuerdo del Usuario/a, en caso que así lo determine el Especialista en Grupos Vulnerables, por aplicación del seguimiento de la trayectoria de los Usuarios/as que permite introducir los ajustes necesarios para un óptimo cumplimiento del Plan.

3) Interrupción de la participación: La participación en el Programa podrá interrumpirse por incumplimientos reiterados del Usuaria/o respecto de los compromisos asumidos por éste tanto en el Documento de Compromiso como en el Plan de Intervención, según lo informe así el ejecutor del Programa. Acreditado el incumplimiento el Ministerio dictará un acto administrativo poniendo fin a la participación del Usuario/a en el Subsistema.

En primera instancia estos casos deben ser tratados en la Mesa Técnica Comunal respectiva. Si el caso presentara una complicación, se deberá revisar la situación en una Mesa Técnica Regional y si se logra un acuerdo, el Encargado/a Regional puede levantar el caso a nivel central a través del Encargado/a Nacional.

ii) Monitoreo Grupal

Se desarrollará al menos un Hito de Seguimiento de carácter Grupal, al que deseablemente, se espera la asistencia del Especialista en Grupos Vulnerables o un representante de la SEREMI MDS, pudiendo también participar el Gestor/a Regional del servicio de asistencia técnica, este hito es:

Encuentro Grupal "Malón de Integración: Bienvenidos al Programa": Taller enfocado a relacionar a los Usuarios/as que ya participan del Programa con aquéllos/as que se vienen integrando.

9. Prestaciones y Servicios Sociales

a) Levantamiento de las Condiciones de Bienestar

El levantamiento de las prestaciones y servicios sociales en este Modelo de Intervención, se realizará principalmente en dos momentos específicos de los acompañamientos, sin perjuicio de las necesidades que se puedan generar a lo largo de la intervención.

- Instrumento Diagnóstico EJE/ Profundización Diagnóstica: Además de corroborar los datos del Usuario/a, a través de este documento se levantan requerimientos básicos de prestación y servicios sociales relacionados con ayudas técnicas, habitabilidad, cédula de identidad y otros posibles requerimientos.

- Plan de Desarrollo y/o Plan Ocupacional: En base a los requerimientos del Usuario/a, se deben identificar las prestaciones sociales más específicas. Estos requerimientos deben estar relacionados con las metas que el Usuario/a desea lograr y la estrategia para cumplirlo. Debido a la gran gama de posibilidades de requerimientos, es necesario realizar una clasificación de los mismos y señalar los ámbitos a los que pertenecen, Plan de Desarrollo y/o Plan Ocupacional.

b) Gestión de las Condiciones de Bienestar

El acceso a prestaciones y servicios sociales, está asociada a la coordinación del Ministerio con la oferta programática social de carácter nacional/regional, mediante el acceso y articulación de redes intersectoriales y convenios nacionales que permitan favorecer la implementación del Modelo de Intervención y el acceso de los Usuarios/as a tales servicios.

A nivel local la gestión de las demandas y necesidades de los Usuarios/as, es permanente debido a la ejecución sistemática de los acompañamientos del Monitor/a, que debido a su contacto directo con el Usuario/a, conoce sus problemas y metas personales. Así, se busca poner a su disposición herramientas que les permitan sortear las barreras que les afectan o disminuyen sus posibilidades de acceder a las oportunidades del entorno para alcanzar logros valiosos para su bienestar.

El rol de los Usuarios/as es relevante en el cumplimiento de sus metas, entendiendo que en la activación de recursos y ofertas, deben concurrir tanto la iniciativa y proactividad de los éstos/as, como la gestión para el acceso a la red de programas y servicios sociales de apoyo.

La gestión de oferta, considera que las Personas Mayores usuarias del Subsistema, podrán acceder a todas las acciones y prestaciones que éste contempla de acuerdo a los establecido en la Ley N° 20.595.

10. Supervisión del Modelo de Intervención

La Supervisión tiene por finalidad, la realización de acciones necesarias para la correcta ejecución y cumplimiento de los objetivos y las metodologías por el ejecutor. En la articulación del Modelo se especifica que el Encargado/a Regional, debe supervisar la ejecución a nivel comunal con el propósito de asegurar la correcta implementación de los servicios realizados por el ejecutor, dirigidos a los Usuarios/as del Subsistema.

El plan de supervisión debe ser elaborado por cada SEREMI MDS en relación al número de comunas y Usuarios/as del Programa presentes en su territorio, conteniendo visitas a terreno y revisión de una muestra de carpetas de Usuarios/as con sus documentos respectivos. Realizando una cada cuatros meses y como máximo una cada seis meses.

11. Sistema de Registro de la Intervención

a) Registro en Plataforma Informática

El registro de información de los Usuarios/as, deberá realizarse en las carpetas y cuadernillos asociados a la metodología de los programas y en el sistema informático vigente, por los distintos actores según corresponda.

Los responsables del registro deben garantizar la confiabilidad de los datos y el manejo confidencial de dicha información. Este sistema que formará parte del Registro de Información Social (RIS) y que constituirá el soporte de información y comunicaciones para realizar la coordinación y supervisión de las acciones de acompañamiento y seguimiento de la trayectoria de los Usuarios/as del Subsistema. El sistema informático vigente, deberá ser utilizado, de conformidad a las normas contempladas en el artículo 45 y siguientes del Decreto N° 34, de 2012, del Ministerio de Desarrollo Social.

La persona que tenga acceso a los datos personales de los Usuarios/as, deberá considerar el carácter confidencial de esta información, no pudiendo ser difundida ni adulterada, debiendo darse integro cumplimiento a la Ley N°19.628 sobre protección de la vida privada. Además la infracción de parte de funcionarios públicos se considerará como una infracción grave al principio de probidad administrativa y será sancionado de conformidad con la Ley.

b) Registro en Documentos por Usuario/a

Sin perjuicio del Registro Informático, para cada una de las sesiones de trabajo individual, el Monitor/a deberá solicitar firma o impresión de huella dactilar del Usuario/a, la que debe estar consignada en el Cuadernillo de Trabajo respectivo; si él/ella no desea firmar, se debe generar un documento donde se deje constancia de lo anterior, el cual deberá ser firmado por el Monitor/a y el Encargado/a Comunal.

Para las sesiones grupales, el Monitor/a debe registrar la asistencia en una lista, y los temas trabajados según el formato entregado por el Ministerio. En dicho documento debe estar identificada cada persona asistente y su respectiva firma o impresión dactilar.

Toda la documentación de los Usuarios/as debe ser resguardada por cada ejecutor, debiendo velar por su almacenamiento y archivo en dependencias de la Unidad de Acompañamiento, que garantice la mantención de la misma de manera adecuada, velando además por la confidencialidad de la misma.

12. Término y Suspensión de la Participación en el Subsistema

a) Del Término de la Participación en el Subsistema

Los Usuarios/as del Subsistema finalizarán su participación de conformidad al artículo 43 Decreto N° 34, de 2012, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales, por cualquiera de las siguientes causales:

i) Por haber transcurrido doce meses desde el término de su participación en el Programa Eje.
ii) Por renuncia voluntaria manifestada por escrito ante el Ministerio, a través del ejecutor del Programa Eje.
iii) Por incumplimiento del compromiso o el Plan de Intervención, según lo que informe el ejecutor del Programa Eje.

i) Término por Transcurso de Doce Meses Desde que el Usuario/a Terminó su Participación en el Programa Eje

Este término de participación en el Programa Eje, se produce a los 12 meses posteriores al cierre de los acompañamientos psicosocial y/o sociolaboral y sus respectivas evaluaciones. Como consecuencia de lo anterior, los Usuarios/as del Programa, terminarán su participación en el mismo.



Término por Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Usuario/a, para dar por terminada su participación en el Subsistema, se seguirá el siguiente procedimiento:

- El Monitor/a Comunitario/a deberá informar al Encargado/a Comunal la situación de fallecimiento del Usuario/a.
- Luego, el Encargado/a Comunal del Programa deberá informar vía mail de esta situación al Gestor/a Regional de Asistencia Técnica y al Encargado/a Regional, adjuntando el certificado de defunción del Usuario/a. Dicho documento se puede obtener de forma gratuita en www.registrocivil.cl. Tanto el Encargado/a Comunal como Regional deberán mantener esta información en carpeta.
- Finalmente, el Encargado/a Regional deberá registrar la acción en el Sistema informático vigente como "fallecimiento del Usuario/a", a fin de interrumpir las transferencias monetarias respectivas.

ii) Término de Participación por Renuncia Voluntaria

Para dar por terminada la participación del Usuario/a en el Subsistema por causa de renuncia voluntaria, se debe realizar el siguiente procedimiento:

- En el caso que el o la usuario/a manifieste su intención de renunciar a la intervención del Programa, el Monitor/a Comunitario/a realizará una visita en la cual se sugiere sea en conjunto con el Especialista en Grupos Vulnerables, el Gestor/a Regional de Asistencia Técnica y/o Encargado/a Comunal, con la finalidad de conocer las causas de la renuncia e informarle las condiciones e implicancias de su decisión.
- Si, realizado lo anterior, la intención del Usuario/a de renunciar permanece, el Monitor/a Comunitario/a deberá solicitarle firmar el Acta de Renuncia, documento que encontraran en el SIGEC. (8. anexo)
- El acta de renuncia deberá ser enviada al Gestor Regional de Asistencia Técnica, y al Encargado/a Regional. Tanto el Encargado/a Comunal como Regional deberán mantener esta información en carpeta.
- Por último, el Encargado/a Regional deberá registrar en el Sistema Informático vigente, la acción como "Renuncia Voluntaria" indicando el motivo a fin de interrumpir las prestaciones del Subsistema y las transferencias monetarias respectivas.

iii) Término de Participación por Incumplimiento del Compromiso o Plan de Intervención

Se entenderá por incumplimiento cuando una persona no cumpla con tres o más acuerdos de su Plan de Intervención o con los compromisos contraídos al aceptar su ingreso al Subsistema

En tal caso, el ejecutor entregará los antecedentes y detalles de la situación de incumplimiento por parte del Usuario/a a la SEREMI respectiva, quien evaluará la situación. Acreditado el incumplimiento, el Ministerio dictará un acto administrativo que ponga término a la participación del Usuario/a en el Subsistema. (9. anexo).

Durante la trayectoria de participación del Usuario/a, se pueden presentar tres situaciones:

1) Usuario/a inubicable durante la intervención

Cuando, durante el proceso de acompañamiento no fue posible ubicar al Usuario/a en más de tres oportunidades, se le declarará en estado inubicable. Para ello se debe realizar el siguiente procedimiento:

- El Monitor/a Comunitario/a deberá al menos haber visitado al Usuario/a en dos oportunidades, dejando siempre constancia de la visita en el domicilio y guardando una copia de dicha constancia para sí (10. anexo) y en la medida de lo posible preguntar a los vecinos y/o familiares por el paradero del Usuario/a.
- Luego, al momento de realizar la tercera visita, se sugiere que el Monitor/a acuda en compañía del Especialista en Grupos Vulnerables, el Gestor/a Regional de Asistencia Técnica y/o Encargado/a Comunal. De esta forma se verificará su participación o interrupción en caso de no poder ubicar al Usuario/a (11. anexo).
- Si dentro los 30 días hábiles siguientes a la tercera visita, el Usuario/a no acude a las dependencias del Ejecutor, el Monitor/a Comunitario/a deberá dejar en el domicilio la carta de aviso de inubicabilidad durante la intervención (12. anexo).Luego, el Monitor/a Comunitario/a informará de la situación al Encargado/a Comunal, quien dará aviso de la situación al Gestor/a Regional de Asistencia Técnica y al Encargado/a Regional. Tanto el Encargado/a Comunal como Regional deberán mantener esta información en carpeta.
- Finalmente, el Encargado/a Regional deberá registrar la acción en el Sistema informático como "inubicable".

2) Casos con alteración de la Movilidad

Durante el proceso de acompañamiento, los Usuarios/as pueden presentar trastornos de la movilidad, situación que puede derivar en un estado de dependencia progresiva del Usuario/a y, en grados avanzados, la persona puede quedar en estado de postración.

Las enfermedades más recurrentes para la presentación de estos casos son: Osteoartrosis extremidades inferiores; fracturas extremidades inferiores, superiores, a la cadera; artritis inflamatorias; polimialgia reumática, Enfermedad de Parkinson, neuropatía periférica, enfermedades coronarias, enfermedad articular degenerativa, enfermedad vascular cerebral (EVC), etc.

A pesar que bajo esta condición podría ocurrir que el Usuario/a no pueda participar de los encuentros grupales, esta situación no es causal de término de la participación en el Programa, sino que se debe adecuar la metodología, la que debe ser analizada en una Mesa Técnica Comunal, debiendo incluso analizarse, si las condiciones lo permiten, la

realización de algunas sesiones con su grupo de pares, en el domicilio del Usuario/a afectado/a, previa manifestación de su voluntad.

3) Usuario/a en Estado de Dependencia

Durante el proceso de acompañamiento, los Usuarios/as pueden experimentar graves enfermedades cuyas manifestaciones provocan trastornos mentales y/o neurológicos que impliquen la pérdida severa de la memoria, limitaciones en la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento, estados alterados de conciencia y comunicación, estados de postración y dependencia severa.

En esta condición la persona no podría participar de los encuentros grupales, sin embargo esta situación no es causal de término de la participación; al respecto, se plantea la alternativa de una adecuación metodológica que responda a las necesidades actuales del o la Usuario/a.

Responsables:

- Monitor/a Comunitario/a
- Encargado/a Comunal del Programa Vínculos
- Encargado/a Regional de Programa Vínculos
- Gestor/a Regional de Asistencia Técnica
- Especialistas de Grupos Vulnerables de Vínculos

Procedimiento:

- El Encargado/a Comunal, deberá elaborar un informe de los compromisos de salud que tiene el o la usuario/a, idealmente copia de un diagnóstico médico.
- Mediante correo electrónico informará a Gestor Regional de SENAMA y al Encargado/a Regional, la situación del caso con su respectivo informe.
- La evaluación de cada caso se realizará por la Mesa Técnica Comunal, en la que se definirá la trayectoria de acompañamiento para este Usuario.
- Tanto el Encargado/a Comunal como Regional deberán mantener esta información en carpeta.

4) Cambio de Domicilio a una Comuna Sin Modelo de Intervención:

En caso de que el Usuario/a por diversas razones se cambie de domicilio a otra comuna, no cuente con un ejecutor en la nueva comuna de residencia para la ejecución del Modelo de Intervención, ni pueda adecuarse el modelo de intervención inicial para concluir las sesiones en la comuna de origen, podrá darse término a la participación, pues no se podrán llevar a cabo los compromisos del Plan de Intervención del Usuario/a.

b) Suspensión de la Participación en el Subsistema

Los Usuarios/as podrán solicitar la suspensión de su participación en el Programa, siempre y cuando lo presente por escrito y acredite una causa justificada que acredite que está temporalmente impedido de continuar su participación en el mismo por existir una causa justificada para ello (13. anexo).

Se entenderá por causa justificada:

a) Situaciones de caso fortuito o fuerza mayor.
b) Cambio de residencia.

c) Imposibilidad material de participar por accidentes o enfermedades que impidan el desplazamiento autónomo.

Las causales de suspensión serán analizadas por el ejecutor, la SEREMI MDS y el Gestor Regional de la asistencia técnica de SENAMA, y deberá ser aprobada por la SEREMI MDS respectiva. La suspensión subsistirá mientras el hecho que la originó se mantiene, no pudiendo exceder 12 meses contados desde la fecha del acto administrativo que suspende la participación del Usuario/a.

Durante este período, los Usuarios/as se encuentran eximidas del cumplimiento de las obligaciones asumidas mediante la firma de Documento de Compromiso y/o Plan de Intervención, suspendiéndose también las transferencias monetarias, bonos y subsidios a los cuales tuviera acceso con ocasión de su participación en el Subsistema .

II. DE LAS METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

1. Fundamentos del Modelo de Intervención

Conceptos Estratégicos de la Intervención

i) Protección social y envejecimiento

El fortalecimiento del Sistema de Protección Social se sitúa desde un enfoque que busca favorecer la inclusión social de las personas, incorporando el ejercicio de derechos sociales como un ámbito público de preocupación por parte de las diversas instituciones y actores sociales. Esto implica enfrentar la desigualdad y vulnerabilidad reconociendo el impacto de distintos ámbitos de bienestar y la disponibilidad de oportunidades, lo que imprime dos grandes desafíos:

- Comprender la protección social como un derecho de ciudadanía y fortalecer su construcción desde la pertenencia social de las personas y las comunidades.
- Favorecer la inclusión social mediante el fortalecimiento del papel articulador de las políticas sociales, para construir soportes efectivos que apoyen a las personas en la tarea de enfrentar circunstancias que afectan el bienestar.

La pertenencia es comprendida en un marco de igualdad de derechos, establecido sobre la base del reconocimiento de umbrales de bienestar social que expresan diversas dimensiones fundamentales de la vida humana, tanto en sus aspectos de ciudadanía, de distribución de recursos y de generación de condiciones para el desarrollo de capacidades y reconocimiento recíproco, con un énfasis en la participación y las redes que favorezcan la autonomía y la agencia de los sujetos.[3]

De este modo, las políticas de protección social deberán favorecer la cohesión social desplegando acciones orientadas al acceso efectivo de garantías, la participación e interacción con redes de sociabilidad, que puedan sostener un espacio protegido y común como un elemento básico para la convivencia democrática de las sociedades. Lo anterior, tiene una traducción en la existencia de alternativas de apoyo y respuestas públicas que

[3] Bárcena y Prado (2016). *El imperativo de la igualdad: Por un desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina.

puedan enfrentar de manera pertinente y oportuna las contingencias que afectan el bienestar de las personas.[4]

En este contexto, se ha incrementado las acciones en materias de protección social, principalmente cuando se enfrenta a un acelerado proceso de envejecimiento de la población, que responde a factores tales como el aumento de la esperanza de vida, disminución de la tasa de mortalidad, descensos en las tasas de natalidad, lo cual desde el análisis sociocultural, no solo es una oportunidad que han brindado los avances en materias de salud, sino también, a la diversificación de las políticas públicas con un mayor impacto en la población, a los sistemas de participación ciudadana, y en un contexto social que ha permitido visibilizar la temática en base a la construcción de los derechos de los adultos mayores, entre otros. Desafío que se ha asumido no solo desde el ámbito gubernamental sino desde la sociedad civil.

Alcanzar este propósito exige la definición de líneas de acción que incorporen mecanismos de protección social inclusiva orientada al bienestar, comprendiendo que "Una vida más larga es un recurso extremadamente valioso. Otorga la oportunidad de repensar no sólo como vivir la vejez, sino como podría desarrollarse toda nuestra vida"[5], es gravitante para la toma de decisiones que otorguen un reconocimiento a la integralidad del envejecimiento y a las incidencias en la calidad de vida de los adultos mayores.

Según lo anterior, los componentes biológicos, psicológicos, sociales y culturales que definen la particularidad del proceso de envejecimiento en cada persona[6], requiere configurar una mirada comprensiva que facilite el abordaje de la multidimensionalidad del envejecimiento, con especial atención a las transiciones vitales que se producen en la etapa de la vida llamada vejez[7]. Una serie de cambios significativos ocurren durante la vejez, relacionados con elementos biológicos, pero también con "las funciones y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas"[8].

ii) Enfoque de Derechos y Envejecimiento Activo

El enfoque de derechos se traduce en el reconocimiento explícito de los derechos de las personas en el ciclo de una política pública, entregando orientaciones éticas para el modo

---

[4] MIDEPLAN (2004). *Conceptos Fundamentales Sistema De Protección Social. Chile Solidario.*; Filgueira, F. (2014). *Hacia un modelo de protección social universal en América Latina.* CEPAL; Hardy, C. (2014). *Estratificación Social en América Latina: retos de cohesión social.* Santiago, LOM Ediciones.

[5] OMS (2015:27). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.

[6] Viveros, A. (2001: 12) Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y acciones de la sociedad. CEPAL. *"Vejez y envejecimiento son dos caras de una misma medalla, que dan cuenta de un proceso gradual de individuos y universos demográficos. Los individuos pasan por etapas de su ciclo de vida y alcanzan más años y la población envejece cuando las pirámides etarias adelgazan su base y ensanchan su cúspide. Además de ser un referente biológico, el envejecimiento se asocia a diversas consideraciones de tipo sociodemógrafico, socioeconómico, sociopolítico, sociocultural y subjetivo; cada complica la lectura del proceso y supone un impacto multifacético en el envejecimiento."*

[7] Montes de Oca, V. (2010: 165). "Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo". En Renglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, núm.62. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO "*Las transiciones vitales tienen un momento en el curso de vida. En la vejez también sucede un ordenamiento de eventos a partir de la edad social, que representa el significado que las sociedades le dan a la edad*".

[8] OMS (2015:27) Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.

en que se relacionan los diversos actores que conforman una sociedad, como son el Estado, la sociedad civil, y los adultos mayores en este caso.

El reconocimiento del adulto mayor como sujeto de derechos, significa que los derechos son iguales e inalienables y, por lo tanto, se hace necesaria la eliminación de cualquier forma de discriminación y desequilibrio para su realización efectiva en la vida. Asimismo, son las personas los principales agentes de su propio desarrollo, por lo que la participación y empoderamiento de éstas es un elemento clave para favorecer el ejercicio efectivo, aumentando el bienestar y la calidad de vida.

El enfoque de derechos implica concebir a las personas desde su rol protagónico en el mejoramiento de su calidad de vida y la relación con el entorno comunitario, institucional y familiar. Lo que se traduce en la existencia de relaciones recíprocas entre generaciones en donde predomine la solidaridad entre grupos pertenecientes a diversas edades, de modo tal que se favorezca la socialización de experiencias y aprendizajes. Además de la existencia de apoyos sociales efectivos que impacten en las brechas de desigualdad y exclusión social, favoreciendo dimensiones de bienestar fundamentales.

Para lograr lo anterior, avanzar en acciones que contemplen un envejecimiento activo facilitará alcanzar condiciones de bienestar en ámbitos fundamentales de la experiencia humana, así como participar en diversos espacios socialmente significativos y aumentar la vinculación con el entorno, favorecer la salud, la participación y la seguridad de los adultos mayores[9]. En términos específicos, el envejecimiento activo puede ser comprendido como: "un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen".[10]

Fundado en el enfoque de derechos y desarrollo humano, el enfoque de envejecimiento activo plantea aportar a la realización del potencial de bienestar de la persona mayor en distintos ámbitos; de manera que el aumento de los años de esperanza de vida, se vivencien con calidad y de manera saludable. Para ello, se propone la realización de acciones en el ámbito de la salud, pero también se promueve una participación continua en diversos ámbitos (social, cultural, espiritual, económico, etc.) y junto a ello la promoción de la autonomía (prevención de la discapacidad) y la independencia. Desde este enfoque, los planes y programas "reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional".[11]

De esta manera, el envejecimiento activo establece una clara relación con algunos de los derechos fundamentales de la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores[12], en lo sucesivo la "Convención".

---

[9] El envejecimiento activo ha sido un concepto que ha guiado los planes y programas orientados hacia las personas mayores durante el presente siglo. Surge como una propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento, realizada en Madrid el año 2002.

[10] OMS (2002:99) Envejecimiento Activo: Un Marco Político. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud.

[11] OMS, op. cit. p. 101.

[12] En este contexto, cabe señalar que Chile ratificó de la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (depósito instrumento de ratificación 15.08.2017) lo cual refuerza el compromiso del Estado con relación a la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Ésta fue promulgada por el Decreto N° 162, de 2017, del Ministerio de Relaciones Exteriores, que Promulga la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (D.O. 07 octubre 2017).

La Convención enfatiza en el reconocimiento de "[...] la necesidad de abordar los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos que reconoce las valiosas 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"[13].

Así también, de manera transversal, refuerza el abordaje distintivo de las experiencias de vejez, reconociendo la diversidad de vivencias y contextos en los cuales se desenvuelven los adultos mayores y, por lo tanto, promueve una atención particular a aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad que deben ser abordadas por el Estado, en función de que las personas mayores puedan vivir con dignidad, independencia, igualdad y autonomía.

Uno de los hitos innovadores o novedosos de la Convención es que además inserta fuertemente el reconocimiento a las diferencias e identidad de género. En este sentido, contribuye a ampliar el horizonte de análisis del ciclo vital integrando estos temas en su revisión, entendiendo que hombres y mujeres envejecen distinto, instando a la no discriminación por razones de identidad de género.

Para ello, la Convención reconoce 26 derechos protegidos, entre los cuales se destacan los derechos civiles y políticos, tales como el acceso a la justicia o los derechos a reunión y asociación, entre otros. Asimismo, se presentan condiciones medioambientales, de seguridad y accesibilidad del entorno y también se hace alusión a situaciones específicas en relación a cuidados de largo plazo. En este contexto, para el Programa resultan mayormente significativos los siguientes derechos:

- Derecho a la independencia y a la autonomía: Consiste en el derecho de la persona mayor a llevar una vida autónoma, para lo cual se requiere poder tomar decisiones que permitan establecer un plan de vida. Igualmente se orienta hacia el fortalecimiento de su contexto familiar y social, de manera que los servicios que requiera puedan ser brindados en su contexto comunitario para favorecer su inclusión.
- Derecho a la participación e integración comunitaria: El desarrollo de capacidades requiere de la participación activa, productiva, plena y efectiva dentro de la familia, la comunidad y la sociedad para su integración en todas ellas. Para ello es necesario (1) el fortalecimiento de mecanismos de participación e inclusión social; (2) el abordaje de los estereotipos asociados a la vejez; (3) el fortalecimiento de la solidaridad y apoyo intergeneracional; y (4) facilidades de acceso a instalaciones y servicios comunitarios para las personas mayores.
- Derecho a la seguridad social: Se relaciona con la posibilidad de llevar una vida digna, a través de la promoción estatal de diversos mecanismos de protección social y que las personas mayores reciban un ingreso.
- Derecho al trabajo: Se refiere a los conceptos de trabajo digno y decente, y a la igualdad de oportunidades y de trato respecto de otros trabajadores, enfatizando en la eliminación de la discriminación por motivos de edad, así como la promoción de programas de capacitación y certificación de competencias.
- Derecho a la salud: Alude a la promoción de una atención integral, al acceso preferencial y universal y al desarrollo de estrategias que fomenten el

[13] Preámbulo de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

envejecimiento activo. También se destaca la necesidad de desarrollo de investigación y formación académica, diversos tipos de prestaciones pertinentes, temáticas a incluir en los programas de salud, así como la capacitación para las personas que proporcionan cuidado a personas mayores.

- Derecho a la educación: Se apela a facilitar el acceso a programas educativos en diversos niveles, ya se trate de modalidades formales o informales. También a los aspectos referidos a alfabetización, especialmente en mujeres y zonas rurales, al igual que la necesidad de avanzar en disminuir la brecha digital. Asimismo, se releva que las personas mayores puedan compartir sus experiencias con otras generaciones.
- Derecho a la cultura: Se destaca al respeto a la identidad cultural y la participación en la vida cultural y artística de la comunidad, por lo que se hace necesario promover el acceso preferencial a bienes y servicios culturales y el desarrollo de programas que fortalezcan su potencial creativo. Igualmente es relevante compartir conocimientos y experiencias con otras generaciones y que las organizaciones de personas mayores puedan ser parte de proyectos educativos y culturales.
- Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte: Se relaciona con la participación en este tipo de actividades, favoreciendo una buena salud y calidad de vida, así como la inclusión en la comunidad.
- Derecho a la vivienda: Se refiere a la vivienda, a las características de su entorno, a la disposición de servicios sociosanitarios y al cuidado en su domicilio. Se establece la necesidad de una vivienda digna, que cuente con características de accesibilidad adecuadas a su movilidad, y al mismo tiempo, que le sean proporcionados los servicios de cuidado que favorezcan su permanencia en su domicilio. También se destaca la importancia de desarrollar programas de prevención de accidentes en el hogar y entorno.

iii) Inclusión y cohesión social

Considerando los diversos factores que intervienen en el proceso de envejecimiento y el conjunto de derechos que se resguardan desde la propuesta de la Convención, es necesario instalar una comprensión multidimensional del bienestar, atendiendo a la integralidad de las dimensiones involucradas en la construcción de una vida digna desde un enfoque de derechos humanos.

De este modo, el bienestar constituye el eje primordial y se encuentra en estrecha relación con los derechos que deben ser visibilizados en las políticas públicas y en los sistemas de protección social. El concepto de bienestar remite a "posibilidades más amplias y exigentes de "ser" y "hacer" —adicionales a las que definen la salida de la pobreza—, que son vitales para seguir construyendo una vida con opciones y mayor libertad de acción"[14]. Por este motivo, y en consideración de que el elemento central de los procesos de desarrollo son las personas, se deben favorecer procesos que permitan potenciar las fortalezas y capacidades de las personas y su relación con el entorno, incorporando el análisis de las debilidades estructurales como de la implicancia de las dimensiones intersubjetivas en la construcción de sociedades más inclusivas.

Desde un punto de vista integral del desarrollo humano, se amplía la comprensión de la pobreza y vulnerabilidad, incorporando dimensiones de bienestar o de vida adecuada, a

---

[14] Informe Desarrollo Humano. Progreso multidimensional: bienestar más allá del ingreso. (2016: 97).

las cuales hacen referencia los tratados de derechos humanos. Esto se traduce en políticas públicas que atiendan al carácter dinámico y multidimensional de la experiencia de vulnerabilidad y pobreza, en el entendido de que "si el desarrollo humano consiste en ampliar el abanico de oportunidades, la vulnerabilidad humana tiene sus raíces esencialmente en la restricción de las oportunidades más importantes para el desarrollo humano (de salud, educación, control sobre los medios materiales y seguridad personal)"[15].

El enfoque multidimensional de la pobreza y la vulnerabilidad enfatiza en la privación respecto de diversos ámbitos de desarrollo de las personas, más allá de la mera insuficiencia de ingresos. En consecuencia, se plantea que la pobreza refleja "la mala salud y educación, la privación de conocimientos y comunicaciones, la incapacidad para ejercer derechos humanos y políticos y la falta de dignidad, confianza y respeto por sí mismo"[16]. Esto implica que el bienestar debe ser comprendido desde una perspectiva integral, a la luz de diversas dimensiones que se encuentran imbricadas con las condiciones del contexto social y económico, que confluyen y se expresan a nivel individual, familiar y comunitario.

Si bien se observa la disminución del número de personas en situación de pobreza y pobreza extrema, se constata la permanencia de importantes niveles de desigualdad en el ejercicio de derechos económicos, sociales y culturales, es decir, en el acceso a bienes y servicios que se han reconocido como esenciales para el desarrollo de las personas. Lo anterior, nos sitúa en un escenario restrictivo para el ejercicio de la ciudadanía social y, por tanto, de gran responsabilidad para las políticas públicas en el abordaje de las brechas y desigual acceso entre ciudadanos.

iv) Ciudadanía y vinculación

La participación es uno de los ejes de la propuesta de envejecimiento activo, entendiendo este último concepto como un proceso continuo que se manifiesta en distintas esferas de la vida y permite el despliegue de las capacidades de cada persona y su contribución al desarrollo. En coherencia con este marco, "las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar cuando las políticas y los programas sociales, laborales, de empleo, de la educación y sanitarios fomenten su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencias"[17]. De este modo, la participación comprendida de manera amplia como la efectiva vinculación con otros (personas, instituciones, organizaciones, etc.), es uno de los elementos que inciden en la calidad de vida de las personas mayores[18].

Promover la participación implica aumentar la capacidad de actoría de los ciudadanos, constituyéndose en un recurso fundamental para el fortalecimiento de la democracia, en el

---

[15] PNUD (2014:26) Informe sobre Desarrollo Humano: Sostener el Progreso Humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia.
[16] PNUD (1997: iii) Informe Sobre Desarrollo Humano.
[17] OMS (2002:118) Envejecimiento Activo, Un Marco Político. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud.
[18] SENAMA (2009:116) Las Personas Mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. "[...] *los entornos de participación y de vinculación social, cuando se establecen como espacios de integración y como facilitadores de un envejecimiento activo, significan recursos funcionales al logro o incremento de la calidad de vida de las personas".*

entendido que la experiencia de vinculación con otros es un proceso amplio "[...] que contempla el involucramiento en los asuntos públicos o colectivos a niveles de gobierno y la sociedad en su conjunto [...] además de incluir la asociatividad o participación en iniciativas ciudadanas colectivas orientadas al bien público o a la defensa y promoción de intereses individuales o grupales." [19].

La Convención establece como uno de sus principios generales "La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad"[20], otorgando una comprensión integral respecto al proceso de participación, entendiéndolo como un estilo de relacionamiento activo, que requiere de oportunidades para el desarrollo de sus capacidades. Así también, la participación e integración comunitaria establece el derecho a una participación activa, productiva, plena y efectiva dentro de la familia, la comunidad y la sociedad, motivo por el cual la participación no sólo refiere a los procesos electorales, sino sobre todo a construir una convivencia basada en el reconocimiento del derecho a participar.

De esta forma, la acción del Estado debiese orientarse hacia el fortalecimiento de la participación social de las personas mayores, teniendo en cuenta que uno de los elementos que han obstaculizado este ejercicio se relaciona con los estereotipos asociados a esta etapa. Por ello, adquiere relevancia la promoción de actividades inter-generacionales, en las cuales se fomente el intercambio de recursos y experiencias, para favorecer la solidaridad, el apoyo mutuo, la construcción de lazos de reciprocidad entre generaciones y la integración social.

2. Modelos y Enfoques Metodológicos de la Intervención

a) Gerontología Social

La promoción de los derechos y el envejecimiento activo requiere de la distinción conceptual para comprender a nivel individual el envejecimiento y vejez. El envejecimiento es el proceso continuo de deterioro irreversible y presente en toda persona humana dada su disposición natural, el cual comienza desde el primer día de existencia. Si bien se trata de un proceso universal, existen variaciones producto de factores culturales, económicos, sociales y psicológicos. Por otro lado, también existe la vejez como una etapa dentro del ciclo vital, que se ubica en el último periodo que sigue a la madurez y en el cual la persona tiene una edad avanzada[21].

En este contexto, la gerontología social como mirada transdisciplinaria que promueve la salud integral de la persona, convoca a analizar el envejecimiento en todas sus dimensiones, considerando los aspectos psicológicos, biológicos y sociales, con especial énfasis en la interacción recíproca que se establece entre la persona en etapa de vejez y su ambiente. Por ello, resulta importante concebir los "grupos de edad" como una construcción social que incide en la posición que ocupan las personas en la estructura de una sociedad, en el ejercicio de su capacidad de agencia, en el acceso a bienes, en las relaciones que establecen con grupos que pertenecen a otras generaciones –adultos,

---

[19] PNUD (2014:228) Auditoría a la Democracia. Más y mejor democracia para un Chile Inclusivo.
[20] Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Capítulo II. Principios Generales.
[21] En http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf, se pueden revisar las definiciones de Vejez y Envejecimiento.

niños, jóvenes– y, en definitiva, en las posibilidades de alcanzar una mejor calidad de vida.

De esta manera se hace fundamental contar con una mirada que reconozca los diversos ámbitos de la vida humana implicados en el proceso de envejecimiento, en función de atender a ellos en un proceso de intervención que valore las preocupaciones, intereses y motivaciones del adulto mayor. Para esto se requiere fortalecer las estrategias de afrontamiento del adulto mayor que experimenta cambios biopsicosociales en contextos específicos, en función de adaptarse y establecer equilibrios con sí mismos y con el entorno comunitario, institucional y familiar. El fortalecimiento de las estrategias debe tener en consideración que "los adultos mayores suelen concentrase en menos metas y actividades, pero más significativas, además de optimizar sus capacidades existentes a través de la práctica y las nuevas tecnologías, y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas"[22].

En coherencia, los adultos mayores frente a ciertas variaciones de la situación personal y del contexto pueden optar por el desarrollo de actividades que reporten mayor satisfacción, más allá de orientarse a la mantención de rutinas invariables. Por este motivo es necesario abordar las capacidades funcionales de los adultos mayores, favoreciendo relaciones e interacciones de la persona con su entorno consideradas como atributos asociados a la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar[23]. En esta tarea, no es posible desatender a los obstáculos culturales que generan prejuicios y discriminación dirigida a los adultos mayores, puesto que ello impacta en su reconocimiento como sujetos de derecho y, por lo tanto, en su autonomía y realización de proyectos orientados al bienestar.

Por otra parte, es importante tener en consideración las estrategias de abordaje ante los prejuicios y la discriminación, de manera de relevar las potencialidades de los adultos mayores y la contribución que generan en su entorno, favoreciendo el desempeño de sus roles tanto en la familia como en las organizaciones, así como su visibilización como actores sociales en el espacio público. Visto desde este punto de vista, la situación del adulto mayor en donde se imbrica el retiro laboral, pérdidas vinculares, disminución de relaciones sociales y la discriminación ejercida por la sociedad[24], demanda un abordaje que atiende no solo la dimensión biológica que caracteriza a la etapa vejez, sino también a los elementos sociales y psicológicos desde un punto de vista integral, en función de contribuir transformación de la posición asimétrica y desigual[25] que muchas veces experimenta los adultos mayores.

b) Modelo de Ocupación Humana

Desde el punto de vista de la ocupación humana, se considera que dependiendo de las características individuales y de la etapa de vida, las personas enfrentan escenarios de cambios optimizando sus recursos propios y externos para provocar adaptaciones que les permitan mejorar sus condiciones de bienestar y la calidad de vida. En el entendido de

---

[22] OMS (2015:27) Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.
[23] OMS (2015:14) Resumen Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.
[24] SENAMA (2009: 10) Las Personas Mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez.
[25] CEPAL (2010:15) Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. "[...] *las instituciones aún no se han adaptado a la nueva composición por edades de la población, ni en términos estructurales ni ideológicos, y continúan funcionando en base a un imaginario asentado en la juventud, en el que la vejez indefectiblemente está asociada con las pérdidas*".

que la ocupación comprendida como una actividad con sentido en la cual la persona participa cotidianamente y que pueda ser nombrada por la cultura[26], implica apropiarse de la vida a través de actividades con las cuales las personas se identifican e interactúan con otros, participando de un proceso social que involucra a la propia familia, la comunidad, organizaciones civiles y formales.

La ocupación se entiende como una "condición humana" y se refiere a "al hacer del trabajo, juego o actividades de la vida cotidiana dentro de un contexto temporal, físico o sociocultural que caracteriza gran parte de la vida humana"[27]. En este sentido, el modelo entiende que la ocupación es compleja y multifacética, puesto que los contextos entregan diversas referencias y condiciones para la ocupación, los cuales son integrados en nuestro hacer. El Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional del 2010[28], plantea que las ocupaciones se diferencian en áreas de desempeño, las cuales corresponden a:

- Actividades de la Vida Diaria (AVD).
- Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVDI).
- Descanso y sueño.
- Educación.
- Trabajo.
- Juego.
- Tiempo libre y ocio.
- Participación social.

Identificar las actividades en estos grupos permite organizarlas en un tiempo determinado y definirlas desde las características culturales y principalmente hacer la distinción según el grupo humano con el cual se trabajará para ello, en este contexto la vejez es una etapa que presenta diferentes cambios biopsicosociales que afectan la situación de vida de cada adulto mayor.

Diversas transformaciones que suceden en esta etapa, como por ejemplo, los cambios en la vida laboral activa, la posible disminución en su capacidad funcional, la existencia de contextos sociales adversos, la situación de pobreza y exclusión social, la vinculación con su entorno comunitario, entre otros, que deben ser considerados para definir una estrategia más adecuada para acompañar un proyecto de vida considerando los intereses de los adultos mayores que permitan mejorar su bienestar. En este marco de consideraciones, adquieren relevancia los procesos de adaptación y el fortalecimiento de capacidades que favorezcan la ocupación en actividades significativas para el adulto mayor.

En este contexto, la adaptación puede ser comprendida como "la respuesta interna a un desafío significativo"[29] y uno de los elementos que inciden en el desarrollo de este proceso es el equilibrio ocupacional, en el cual confluye la auto percepción respecto del

---

[26] Álvarez, E. y otros (2007) Definición y desarrollo del concepto de Ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, Nº7 Noviembre 2007 (76-82)

[27] Kielhofner, G (2004:1) Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación 3° Edición. Buenos Aires. Médica Panamericana

[28] Asociación Americana de Terapia Ocupacional. Marco de Trabajo AOTA 2010: Dominio y Proceso [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf Consultado: 06 de Agosto 2018.

[29] Gómez, S. (2006; 47-54) Equilibrio y organización de la rutina diaria. Revista Chilena de Terapia Ocupacional Nº6. Noviembre 2006.

hacer y la satisfacción que brinda el desarrollo de las actividades; de esta forma el equilibrio ocupacional es entendido como el "equilibrio de la persona en la organización de sus actividades diarias"[30]. Es importante considerar que las actividades diarias, incorporan el desarrollo de trabajo, juego y otras actividades de la vida cotidiana, de manera que "el equilibrio más que representar cierta cantidad de trabajo, juego y descanso reflejan una interdependencia dinámica de estos espacios de vida y su relación a valores internos, intereses, metas y para las demandas externas del medio ambiente."[31].

El Modelo de Ocupación Humana plantea cuatro fenómenos que nos permite definir cómo las personas se involucran en sus ocupaciones. Uno de estos fenómenos es la volición, que comprende como las personas eligen y realizan las actividades que llenan sus vidas; la habituación que corresponde a un patrón recurrente del hacer que forma la vida cotidiana, asociado con la organización de las actividades dentro de una rutina diaria y las actividades que responden al rol; por otra parte están las capacidades de desempeño que corresponden a aquellas habilidades observables objetivamente y aquellas interpretadas por la propia persona, y por último está el ambiente ocupacional, el cual corresponde al ambiente físico y social que impactan el desempeño ocupacional.

Este enfoque de intervención se plantea para afrontar los diversos procesos de cambio que afloran en esta etapa evolutiva, mediante el análisis y adecuación de la volición, habituación, capacidad de desempeño y ambiente ocupacional, poniendo especial atención a las limitaciones de salud, generación de nuevos roles y/o cambios en el estilo de vida, entre otros.

El Modelo plantea tres etapas para promover el cambio en un proceso continuo que debe ser visibilizado en la intervención, etapa de exploración (en proceso de aprendizaje), de competencia (organización de las actividades) y de logro (desarrollo óptimo de actividades). La persona transita por estas etapas de forma continua y distintiva.

Como resultado del proceso de intervención se busca que el adulto mayor alcance un equilibrio ocupacional, es decir, lograr que sus actividades significativas se distribuyan en un tiempo que estructure la vida diaria y que le provea satisfacción y bienestar. Para lograrlo se deben establecer procesos de cambio que permitan instaurar nuevas ocupaciones y lograr instalarlas en la rutina diaria de forma adaptativa y con armonía a los ambientes ocupacionales. Por ello, resulta importante evaluar estos componentes y cambios ocupacionales que permitirán determinar cómo mantener o potenciar el equilibrio ocupacional, el disfrute del desarrollo de sus ocupaciones, y que se mantengan activos, autónomos e independientes el mayor tiempo posible.

Si de acuerdo a este Modelo, las personas construyen su desarrollo mediante el hacer, pues en la ocupación se entrenan capacidades personales, se posibilita la relación con otros y la comprensión del entorno. Evaluar cuál es el estado de equilibrio ocupacional, se transforma en un foco significativo para distinguir el nivel de satisfacción que se posee con las ocupaciones desarrolladas. Se entiende que las personas mayores se encuentran en un proceso de cambio biopsicosocial; por ejemplo, en cuanto a los roles que desarrollan, debido al retiro laboral, a la disminución de sus redes familiares y de amigos, lo que puede

---

[30] Gómez, S. (2006; 47-54) Equilibrio y organización de la rutina diaria. Revista Chilena de Terapia Ocupacional Nº6. Noviembre 2006.
[31] Gómez, S. (2006; 47-74) Equilibrio y organización de la rutina diaria. Revista Chilena de Terapia Ocupacional Nº6. Noviembre 2006.

modificar sus estilos de vida enfrentándolos a múltiples elecciones para alcanzar bienestar.

Se visualiza entonces como un elemento central el analizar la historia de vida y re-significar su hacer como una manera de potenciar su independencia y la adaptación de su rutina, incorporando criterios para construir un equilibrio ocupacional sobre la base de la elección de actividades significativas. Reflexionar en torno a cuáles ocupaciones son satisfactorias y posibles puede estimular el desarrollo e incorporación de estrategias flexibles que permitan a las personas retomar su capacidad de decisión y de construir un plan de vida significativo que incorpore las transformaciones que se generan en la etapa, tanto a nivel personal, como en la relación con su contexto.

c) Enfoque Centrado en la Persona

El enfoque centrado en la persona ha sido entendido como un modelo de atención que basa el establecimiento de la relación con las personas a partir del reconocimiento de su dignidad inherente. De tal forma que instala como un elemento esencial el "trato digno", basado en la convergencia de la autonomía y la independencia, entendida como derecho y capacidad de control sobre su vida, así como la posibilidad de desenvolverse en su vida cotidiana[32]. La expresión práctica del trato digno puede observarse a partir de actividades tales como: la promoción del bienestar, el respeto y apoyo en las decisiones; facilitar la independencia mediante la construcción de entornos amigables, el respeto a la privacidad y confidencialidad, entre otros[33].

Desde el enfoque centrado en la persona se ha señalado que:

- *Busca la personalización de la atención entendiendo que cada individuo se construye como persona en procesos de apertura y comunicación con los demás.*
- *Pretende que cada persona (incluyendo también a quienes tienen mermada su autonomía) tome un papel de agente central y, en la medida de lo posible, activo.*
- *El objetivo no es solo individualizar la atención sino empoderar a la persona desde la relación social para que ella misma pueda seguir, en la medida de sus capacidades y deseos, gestionando su vida y tomando sus decisiones.*[34]

De acuerdo a ello, reconoce los siguientes principios a tener presente durante el proceso[35]:

- El reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso.
- El conocimiento de la biografía.
- La apuesta por favorecer la autonomía de las personas mayores.
- La interdependencia de éstas con su entorno social o la importancia de los apoyos.

A la base de la propuesta de este Modelo de Intervención se otorga importancia a la construcción de un clima favorable que permita emerger y potenciar la capacidad de las propias personas para proponer la construcción de su proyecto o plan de vida y enfrentar el proceso de cambio que se propone la intervención social. De acuerdo a esto, el

---

[32] Martínez, T. (2011) La Atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia.
[33] Martínez, T (2011)
[34] Martínez, T. La Atención Centrada En La Persona. Algunas Claves Para Avanzar En Los Servicios Gerontológicos. http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf
[35] Martínez, T., op. cit.

escenario de encuentro entre los participantes de la intervención, adulto mayor y Monitor/a Comunitario/a, debe sustentarse en la confianza en las capacidades de las personas, así como también en el rol facilitador que puede desempeñar el propio Monitor/a, el que debe sustentarse en un ejercicio permanente de empatía. El modo de relacionarse cobra una importancia crucial para favorecer procesos de cambio y desarrollo sustentados en aprendizajes significativos.
De acuerdo a esto se menciona la existencia de un Decálogo de la Atención Centrada en la Persona, que señala[36]:

- Todas las personas tienen dignidad.
- Cada persona es única.
- La biografía es la razón esencial de la singularidad.
- Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.
- Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
- Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
- El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas.
- La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
- Las personas son interdependientes.
- Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.

Los aspectos antes indicados tienen como base el reconocimiento de la dignidad y de las capacidades de las personas, orienta hacia la promoción de la autonomía y toma de decisiones por parte de los adultos mayores, así como también le atribuye importancia a la actividad cotidiana como un espacio en el cual es posible expresarse.

No obstante, también se señala que comparte algunos criterios y principios establecidos desde la intervención social en general, y desde el ámbito sociosanitario, tales como:

- El principio de *no maleficencia* que orienta respecto a no causar daño y a incorporar prácticas de intervención orientadas siempre al bienestar de las personas.
- El principio de *justicia* que refiere al principio de no discriminación y a una distribución equitativa de recursos.
- El principio de *autonomía* que orienta al respeto y promoción de la expresión de opiniones y toma de decisiones de las personas en relación a la intervención.
- El principio de *beneficencia* que orienta a procurar el mayor beneficio para la persona partiendo de su concepto subjetivo del bien.

3. Objetivos del Modelo de Intervención

a) Objetivo General

Contribuir a ejecutar una o más acciones o procedimientos de intervención que tengan como fin la generación de condiciones que permitan a sus Usuarios/as acceder en forma preferente al conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades y estén

---

[36] Martínez, T. La Atención Centrada En La Persona. Algunas Claves Para Avanzar En Los Servicios Gerontológicos.
http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf

integradas a la red comunitaria de promoción y protección social, teniendo una ejecución preferentemente municipal.

b) Objetivos Específicos

De acuerdo a lo indicado en el artículo 11 del Reglamento, el Modelo de Intervención referido deberá ejecutarse conforme a lo dispuesto en las presentes Orientaciones y Metodología de intervención las cuales consideran como objetivos, entre otros:

- Contribuir a que los Usuarios/as mejoren su calidad de vida, a través de la aplicación de acciones individuales y colectivas que promuevan el envejecimiento activo, potenciando las habilidades físicas y psicológicas de los Usuarios/as, evitando o retardando la dependencia.
- Lograr que los Usuarios/as que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad, accedan de forma preferente a un conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades.
- Lograr que el Acompañamiento Psicosocial tienda a constituirse en un proceso de mantenimiento activo que potencie sus capacidades y habilidades laborales y técnicas, y permita mejorar las condiciones de calidad de vida de los Usuarios/as.
- Favorecer y fortalecer la vinculación de los Usuarios/as con su familia, en su entorno inmediato y con las redes existentes en el territorio comunal.

El mismo artículo 11 del Reglamento, establece que los objetivos indicados precedentemente deberán expresarse en acciones y prestaciones que deberán ser aplicados por los Programas a que se refieren los artículos 6°, 7° y 8° de la Ley N° 20.595 correspondientes al Programa Eje, de Acompañamiento Psicosocial y Acompañamiento Sociolaboral, respectivamente.

Para el componente de Acompañamiento Sociolaboral, el artículo 12 del Reglamento ha planteado los siguientes objetivos:

- Contribuir a la actividad e independencia de la persona adulta mayor.
- Reforzar y orientar la participación de los Usuarios/as en programas y servicios de incremento de capital humano, formación técnica y generación de Microemprendimiento.
- Fortalecer y acompañar las iniciativas de trabajo por cuenta propia de los participantes.

4. Componentes del Acompañamiento

De acuerdo al análisis que se hace de los componentes del Modelo de Intervención, en el número 3. "Descripción del Modelo de Intervención" tenemos los siguientes acompañamientos:

a) Acompañamiento a la Trayectoria - Programa Eje

Tiene por objeto el acompañamiento durante la trayectoria de los Usuarios/as durante su permanencia en el Subsistema Seguridades y Oportunidades, permitiendo el seguimiento a la trayectoria y su evaluación.

El proceso de Acompañamiento a la Trayectoria o Programa Eje, en términos generales se puede describir de la siguiente forma:

- Diagnóstico: Esta acción consiste en el levantamiento de información que permita, entre otros antecedentes identificar los recursos y capacidades del Usuario/a.

- Elaboración de un Plan de Intervención: Ésta acción debe considerar a lo menos, los programas de acompañamiento a los que accederá el Usuario/a, la fecha de inicio y duración de su participación en éstos, las transferencias monetarias a las que tendrá derecho, y las demás acciones y prestaciones del mismo.

- Seguimiento: Corresponde a una supervisión periódica de la trayectoria en los Programas de Acompañamiento Psicosocial y Sociolaboral de los Usuarios/as, la verificación de la correcta ejecución del Plan de Intervención y de las acciones y prestaciones del Subsistema, de manera de detectar oportunamente los avances y deficiencias de la ejecución de dicho Plan, a fin de introducir los ajustes que sean necesarios para un óptimo cumplimiento del Plan.

- Evaluación: Consiste en un proceso de ponderación y valoración de los logros alcanzados al finalizar la trayectoria definida, por parte del Usuario/a intervenido. La Evaluación, se llevará a cabo, dentro de los sesenta días siguientes a aquel en que el Usuario/a egrese del último programa de acompañamiento en que se encuentre participando.

b) Acompañamiento Psicosocial

El acompañamiento psicosocial tiene por objeto promover el desarrollo de las habilidades y capacidades necesarias que permitan a los Usuarios/as su inclusión social y desenvolvimiento autónomo, de manera de contribuir al logro de los objetivos del Plan de Intervención definido en el Programa Eje. Busca constituirse en el vínculo de apoyo que promueva y fortalezca la confianza en las propias capacidades, competencias y recursos de los adultos mayores en situación de pobreza y vulnerabilidad, para el logro de mayores niveles de bienestar en términos de envejecimiento activo, inclusión social y vinculación, favoreciendo mediante el acceso oportuno a servicios y prestaciones sociales de calidad y a las redes disponibles en su territorio.

i) Ideas Fuerzas del proceso de Acompañamiento Psicosocial.

El proceso de intervención con adultos mayores se sustenta en un principio de flexibilidad, en función de la consideración de las características y demandas específicas de cada adulto mayor a partir de su propia historia de vida. Ello impacta en la definición del Plan de Desarrollo o ruta a seguir, que debe recoger estas particularidades de modo que la intervención sea pertinente al perfil de la persona que participa.

En este sentido el acompañamiento psicosocial debe ser capaz de integrar las diversas situaciones por las que puedan estar atravesando los participantes, en atención a elementos propios de su historia de vida, de la dinámica del proceso de envejecimiento, o vulneraciones de derechos asociados a la vejez, a pesar de que no hayan sido identificadas como dimensiones de bienestar "A trabajar". Para ello, se torna necesario que el Programa entregue, al menos, una primera respuesta de contención desde la lógica de un apoyo personalizado, orientando hacia las redes especializadas cuando corresponda.

Esta respuesta consiste en entregar orientación y espacios acogedores de reflexión sobre preocupaciones o nudos críticos asociados al envejecimiento, como, por ejemplo: viudez y procesos de duelo, re-vinculación afectiva con la familia, deterioro de la salud y pérdida

progresiva de autonomía física, retiro del mercado laboral y su consecuencia en términos de ingresos, experiencia de soledad debido al debilitamiento de las rutinas e intercambios sociales, entre otros. No obstante, este acompañamiento promueve una aproximación positiva y una relación entre personas con experiencias y vivencias particulares y con derechos a respetar.

La estrategia de acompañamiento psicosocial del Programa, considera que estas preocupaciones o problemáticas forman parte del trabajo del Monitor/a Comunitario/a y del equipo, tanto en términos de la provisión de información, de acciones de formación y socialización de experiencias para la prevención de situaciones de mayor vulnerabilidad, como para brindar un proceso de acogida, contención y derivación a los servicios de atención especializados de manera pertinente y oportuna, en caso de ser necesario.

El Programa busca que el adulto mayor pueda acceder a un conjunto de servicios y prestaciones garantizadas[37], además de una oferta preferente que debe ser entregada por la red de apoyo local institucional y comunitario, que le permitan alcanzar las condiciones de bienestar que propone la Matriz de Bienestar. Esto se pretende lograr mediante el trabajo sobre los compromisos y acciones contenidos en el Plan de Desarrollo y en los espacios de reflexión promovidos en las diferentes etapas de la intervención, que reflejan la identidad del presente acompañamiento.

Por último, se espera que el Acompañamiento Psicosocial contribuya a un mayor bienestar y autonomía de los adultos mayores, mediante una intervención integrada que fortalezca la disposición y capacidades de los participantes para el logro de mayores niveles de inclusión y vinculación, junto con el fortalecimiento del envejecimiento activo, sin descuidar el rol protector que compete al Estado en términos de aumentar las oportunidades de acceso a servicios y prestaciones sociales que disminuyan progresivamente las importantes brechas de desigualdad que experimenta esta población. Así también, está orientado a fortalecer su red de apoyo local, situando como eje articulador la participación activa y la promoción del ejercicio de derechos.

ii) Proceso de Acompañamiento Psicosocial.

El proceso de acompañamiento considera sesiones individuales y sesiones grupales organizadas hasta en 24 meses, las primeras realizadas en el domicilio de la familia y las segundas en infraestructura pública institucional y/o comunitaria, las cuáles son de responsabilidad del Monitor/a Comunitario/a.

Los primeros doce meses de ejecución, se desarrollan cuatro etapas: (1) Profundización Diagnóstica, (2) Construcción del Plan de Desarrollo, (3) Acompañamiento al Bienestar del Adulto Mayor y (4) Valoración; mientras los segundos 12 meses, se realizan dos etapas, (1) continuidad de la etapa 3 "Acompañamiento al Bienestar del Adulto Mayor" y (2) Cierre del Acompañamiento que busca valorar y reforzar algunos aspectos evaluados del Plan de Desarrollo y favorecer la sustentabilidad de la intervención a través de la vinculación con otros significativos, tales como la familia, entorno inmediato y redes institucionales y comunitarias.

---

[37] Que incluyen los Bonos y Transferencias Monetarias condicionadas y no condicionadas del Subsistema Seguridades y Oportunidades, concebidas como prestaciones garantizadas para los adultos mayores orientadas a entregar un mínimo de protección social.

El desarrollo de estas etapas consiste en:

- Profundización diagnóstica: Proceso que busca comprender la situación inicial de los participantes en términos de condiciones de bienestar establecidas para el Programa Vínculos. Durante esta etapa se realiza el levantamiento de los indicadores de bienestar en estado "Cumplida" "A trabajar" y "No aplica", que se determinan a través de una entrevista con el adulto mayor.

- Construcción del Plan de Desarrollo: Proceso dialógico que busca definir, en conjunto con el adulto mayor, las acciones, recursos y actores para generar una respuesta integral a las condiciones de bienestar en estado "A trabajar" que fueron relevadas y priorizadas por el adulto mayor en la etapa de Profundización Diagnóstica. El Plan de Desarrollo reflejará los compromisos asumidos por el adulto mayor y el Programa, estableciendo una ruta de trabajo del acompañamiento. Adicionalmente, pero de modo complementario, significa también la inclusión de elementos propios de la particularidad de la persona, mediante la identificación de un Proyecto Personal, herramienta metodológica orientada a facilitar el reconocimiento y motivación personal durante el proceso de acompañamiento, en función de estimular la participación del adulto mayor en la implementación del Plan.

- Acompañamiento al Bienestar del Adulto Mayor: Proceso de apoyo a la implementación del Plan de Desarrollo, a través del seguimiento, acciones de formación, entrega de información y socialización de experiencias considerando los niveles individual y grupal de intervención, además de diversas actividades propuestas, de modo de contribuir a alcanzar las condiciones de bienestar relevadas y priorizadas por el adulto mayor.

- Valoración: Evaluación y proyección de la experiencia de implementación de los Planes de Desarrollo a través de una sesión individual y otra grupal, que tienen el propósito de determinar el énfasis para los segundos 12 meses de intervención del Programa Vínculos. Se espera reflexionar sobre los aprendizajes, potencialidades, dificultades, logros alcanzados y proyectar acciones para favorecer la continuidad del proceso. Esta etapa está ubicada al final de los primeros 12 meses primer año de Acompañamiento Psicosocial.

- Cierre del Acompañamiento: Busca que el Adulto Mayor identifique y reconozca los resultados alcanzados mediante la implementación del Plan de Desarrollo, en función del cumplimiento de Condiciones de Bienestar, y los recursos fortalecidos y desarrollados por ésta y que han contribuido a mejorar la estructura de oportunidades, favoreciendo su inclusión social para avanzar hacia mejoras en su calidad de vida. Esta etapa está ubicada al final de los 24 meses de Acompañamiento Psicosocial.

c) Acompañamiento Sociolaboral

El acompañamiento sociolaboral, que tendrá para el Programa Vínculos un enfoque ocupacional tiene el propósito de apoyar al adulto mayor a desarrollar una o más áreas de desempeño ocupacional, a través de un proceso personalizado que reconozca sus

necesidades y potencialidades para orientar la acción. Este acompañamiento es considerado como un refuerzo y profundización del acompañamiento psicosocial, específicamente en lo que respecta a las condiciones de bienestar de la dimensión ocupación, destacando siempre las actividades significativas en la vida de los adultos mayores, que pudieran potenciar su actividad y ocupación en la vida cotidiana, favoreciendo el mantenimiento de una rutina diaria equilibrada.

i) Ideas Fuerza del proceso de acompañamiento socio laboral.

El acompañamiento sociolaboral se orienta a promover la participación del adulto mayor en actividades ocupacionales y significativas, a través de la re-significación de roles asociados a la biografía personal o la definición de nuevos roles considerados relevantes por parte del adulto mayor. Esto porque la ocupación, en relación a las diversas áreas de desempeño, promueve el mejoramiento de la autonomía, independencia, participación y vinculación con otros actores.

De esta manera, el acompañamiento socio ocupacional buscará fortalecer actividades de la vida diaria (AVD), actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI), descanso y sueño, educación, trabajo, juego como actividades de desarrollo creativo, tiempo libre y ocio y participación social, organizadas en una rutina equilibrada definida por el propio adulto mayor y que favorezca su autonomía, independencia y vinculación con otros de modo tal de aumentar su bienestar y calidad de vida. Es esencial que la concretización de una rutina recoja los intereses, preocupaciones y motivaciones del adulto mayor.

Entre los elementos que cabe destacar en el proceso de intervención se encuentran la participación en el acompañamiento en tanto implica un reconocimiento de su experiencia y potencialidades, el reconocimiento de los recursos u oportunidades que brinda el contexto, las barreras existentes para el aumento del bienestar y calidad de vida. Ellos deben ser abordados a través de la socialización de experiencias, entrega de información y acciones de formación, en donde prevalezca el diálogo y la historicidad del adulto mayor en los modos creativos de abordaje por parte del Monitor/a Comunitario/a, lo que implica significar de nuevo la experiencia o reinterpretar el pasado para proyectar acciones en clave de cambio.

ii) Proceso del Acompañamiento Sociolaboral

El proceso de Acompañamiento Sociolaboral tendrá una duración de hasta de 20 meses, comenzando cinco meses después del Acompañamiento Psicosocial.

El proceso del acompañamiento debe ser cumplido a través de las siguientes etapas.

- Reconociendo la trayectoria ocupacional: Busca reconocer los intereses y áreas de desempeño a desarrollar por parte del adulto mayor a través de un proceso que reconoce su biografía, que destaca los roles y las posibilidades de configurar una rutina. De este modo, se pretende avanzar en la construcción conjunta de un Plan Ocupacional que podrá ser compartido en actividades grupales en las cuales se socialicen las experiencias de los adultos mayores, para finalmente ser implementado durante los segundos 12 meses de acompañamiento.

- Valoración: Corresponde a la evaluación y proyección del proceso de construcción reflexiva del Plan Ocupacional, en función de motivar e implicar a los adultos mayores en la implementación del Plan, considerando fundamentalmente las potencialidades y recursos determinados en el proceso.

- Apoyo al Plan Ocupacional: Esta etapa está enfocada en visualizar en detalle el Plan Ocupacional definido, cuáles son las barreras, apoyos y oportunidades que pueden interferir o beneficiar el cumplimiento del mismo. Entre las acciones a realizar se pueden identificar las siguientes: (1) Recordar el Plan Ocupacional definido en los primeros 12 meses y redefinir, si es necesario, (2) Reconocer las barreras propias del adulto mayor y del medio (intrínseco y extrínseco), (3) Reconocer las fortalezas personales y del entorno (intrínsecas y extrínsecas) para el cumplimiento del Plan Ocupacional y (4) Definición de acciones para el cumplimiento del Plan Ocupacional. Además en esta etapa se busca fomentar la autonomía del adulto mayor respecto a su proyecto ocupacional y comenzar a preparar el último período del acompañamiento, abordando el tema del término del trabajo conjunto con el Monitor/a.

- Cierre del Acompañamiento: Corresponde a la última etapa del Acompañamiento Sociolaboral, donde se espera que el adulto mayor realice una valoración de su experiencia durante este período de acompañamiento, logrando además, reflexionar sobre los cambios y que se sienta empoderado para desarrollar proyecciones a futuro.

5. Niveles de Intervención

Los niveles de intervención se traducen en los tipos de sesiones que se realizan en los Acompañamientos Psicosocial y Sociolaboral. Estos son:

Tipos de sesiones			
Sesiones	**Definición**	**Duración**	**Acciones**
Individuales	Sesiones de trabajo con un Usuario/a, realizada en su domicilio o en otro lugar acordado con la persona. La sesión individual puede corresponder al APS y/o ASL.	60 a 90 min.	* Profundización Diagnóstica * Construcción de Planes de Desarrollo y Plan Ocupacional * Entrega de Información * Acciones de Formación * Seguimiento de las condiciones de bienestar * Valoraciones del proceso
Grupales	Sesiones de trabajo con grupos de Usuarios/as que participan en APS y/o ASL. Se realizan en infraestructura pública y/o de organizaciones comunitarias asociada a una unidad vecinal u otra disponible en el territorio.	90 a 120 min.	* Información * Acciones de Formación * Socialización de experiencias * Actividades recreativas * Valoración de proceso.

III. ANEXOS

1. Anexo: Díptico Derechos y Deberes

"PROGRAMA VÍNCULOS" **DERECHOS Y COMPROMISOS DE PARTICIPACIÓN**	**¿Qué es Vínculos?** (*) Es un Programa del Ministerio de Desarrollo Social para personas mayores de 65 años o más, que viven solos o con una persona y que se encuentren en situación de vulnerabilidad social (de pobreza). Su duración máxima es de 24 meses, en los cuales los ejecutores contratan Monitores/as para acompañar a los participantes del Programa con el propósito de: - Promover el envejecimiento activo, la participación y la autovalencia. - Apoyar el acceso a los servicios de la red de protección social como salud, deportes, cultura, etc. - Motivar que los participantes del Programa puedan compartir con otras personas. - Entregar información sobre los derechos de las personas mayores. (*) El "Programa Vínculos" está regulado en el Decreto N° 29, de 2013, del Ministerio de Desarrollo Social, como Modelo de Intervención para Usuarios/as de 65 años y más, que vivan solos o con una persona, y que se encuentren en situación de pobreza.

DERECHOS DEL USUARIO/A

- Puede rechazar o aceptar la invitación a participar del Programa.
- Tendrá un Monitor/a asignado/a por 24 meses.
- Recibirá acompañamiento, de forma individual en su domicilio y en reuniones con otras personas mayores.
- Participará en sesiones grupales como un espacio para compartir iniciativas, experiencias, conocimientos, etc., con otras personas del barrio.
- Recibirá el Bono de Protección y otras transferencias monetarias si cumple con los requisitos en caso de corresponder.
- Puede renunciar voluntariamente al Programa cuando alguna situación lo amerite.
- Puede exigir que toda su información sea de carácter confidencial.

OBLIGACIONES DEL USUARIO/A:

- Realizar las actividades y tareas asumidas en conjunto con el Monitor/a para el logro de las metas de su Plan de Intervención.
- Respetar el día y horario acordados para las sesiones.
- Asistir a los encuentros grupales.
- Informar al Monitor/a cualquier cambio que afecte su participación en el Programa Vínculos.

Para llevar a cabo este Programa, el Ministerio de Desarrollo Social trabaja en conjunto con los ejecutores:

Encargado/a Comunal Programa Vínculos y/o Monitor/a Comunitario/a:

Nombre: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

Importante:
El Programa Vínculos NO financia:

- Medicamentos.
- Pañales
- Alimentación (canastas familiares)
- Viviendas (mejoramiento de viviendas)
- Equipamiento de casa (estufa, cocina, etc.)
- Viajes

2. Anexo: Documento de Compromiso

DOCUMENTO DE COMPROMISO

"PROGRAMA VÍNCULOS"

El Ministerio de Desarrollo Social, tiene el agrado de invitar a usted, a participar del "Programa Vínculos", un Modelo de Intervención del Subsistema "Seguridades y Oportunidades" de la Ley N° 20.595, para Usuarios/as del mismo, que tengan 65 años o más edad, que vivan solos/as o con una persona y se encuentren en situación de pobreza.

El Programa tiene como objetivo generar las condiciones para que los Usuarios/as, puedan acceder en forma preferente al conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades, y estén integradas a la red comunitaria de promoción y protección social.

Para lograr este objetivo, usted contará con el apoyo de un Monitor/a Municipal, que, mediante sesiones individuales y encuentros grupales, realizará los Acompañamientos Psicosocial y/o Sociolaboral, según corresponda. Este proceso de trabajo tiene una duración máxima de 24 meses.

Por medio de la firma de este documento, usted confirma que participará en el Programa, y que cumplirá con las exigencias señaladas en el folleto sobre derechos y obligaciones de participación del mismo.

Nombre Usuario/a _____

RUN _____

Domicilio y Teléfono _____

Comuna y Región _____

Firma o Huella Usuario/a

Nombre y Firma	Nombre y Firma
Monitor/a Comunitario/a	Especialista en Grupos Vulnerables

Fecha: _____ de _____ de 20___

3. Anexo: Declaración Voluntaria de No Aceptación a Participar

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE NO ACEPTACIÓN A PARTICIPAR

"PROGRAMA VÍNCULOS"

Por medio de la presente, declaro:

Que fui invitado/a a participar del "Programa Vínculos".

Que recibí información sobre los beneficios asociados a la participación en el Programa, tales como: Acompañamiento Psicosocial y Sociolaboral, a través de sesiones individuales y encuentros grupales; recepción de transferencias monetarias; y el apoyo para el acceso a servicios públicos y privados de la red local.

Que, habiendo sido invitado/a a participar en el programa y recibido la información sobre los beneficios asociados a la participación en el mismo, voluntariamente he tomado la decisión de no aceptar dicha invitación, por el siguiente motivo:

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre Usuario/a Potencial _____

RUN _____

Domicilio y Teléfono _____

Comuna y Región _____

Firma o Huella Usuario/a Potencial

Nombre y Firma
Monitor/a Comunitario/a

Nombre y Firma
Especialista en Grupos Vulnerables

Fecha: _____ de _____ de 20___

4. Anexo: Plan de Intervención (Caso de Acompañamiento Psicosocial)

PLAN DE INTERVENCIÓN

"PROGRAMA VÍNCULOS"

El Modelo de Intervención para Usuarios/as que tengan 65 años y más edad, que vivan solos/as o con una persona, y que se encuentren en situación de pobreza, denominado "Programa Vínculos", desarrolla acompañamientos personalizados, con el objetivo de generar las condiciones para que los Usuarios/as, puedan acceder en forma preferente al conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades, y estén integradas a la red comunitaria de promoción y protección social.

Por ello, luego de realizado su diagnóstico se ha generado un Plan de Intervención, que contiene los siguientes componentes:

1) Acompañamiento Psicosocial, con sesiones individuales y encuentros grupales, para promover el desarrollo y fortalecimiento de recursos y capacidades que le permitan alcanzar y sostener mejores condiciones de vida, acceder a la red de Protección y Promoción Social, y fortalecer las redes sociales cercanas e institucionales. Este Acompañamiento tiene una duración máxima de 24 meses, y su fecha de inicio será el _____.

2) Transferencias Monetarias, información acerca de las transferencias monetarias a las que podrá acceder en calidad de Usuario/a del Subsistema "Seguridades y Oportunidades", de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5° del Decreto N° 29, de 2013, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaria de Servicios Sociales, en la medida que se cumplan los requisitos legales y reglamentarios que en cada caso se exigen, y que consisten en Bonos de Protección, mientras participe del Programa.

Nombre Usuario/a _____
RUN _____
Domicilio y Teléfono _____
Comuna y Región _____

__Acepto Plan de Intervención __No acepto Plan de Intervención

Firma o Huella Usuario/a

Nombre y Firma
Monitor/a Comunitario/a

Nombre y Firma
Especialista en Grupos Vulnerables

Fecha: _____ de _____ de 20___

*La no aceptación de este Plan, no excluye el acceso a otros beneficios que reciba o pueda recibir de otros programas del Estado.

5. **Anexo: Plan de Intervención Sociolaboral (Caso de Acompañamiento Psicosocial y Sociolaboral)**

PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIOLABORAL

"PROGRAMA VÍNCULOS"

El Modelo de Intervención para Usuarios/as que tengan 65 años o más edad, que vivan solos/as o con una persona y que se encuentren en situación de pobreza, denominado "Programa Vínculos", desarrolla acompañamientos personalizados, con el objetivo de generar las condiciones para que los Usuarios/as, puedan acceder en forma preferente al conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades, y estén integradas a la red comunitaria de promoción y protección social.

Por ello, luego de realizado su diagnóstico, se ha generado un Plan de Intervención, que contiene los siguientes componentes:

1) Acompañamiento Psicosocial, con sesiones individuales y encuentros grupales, para promover el desarrollo y fortalecimiento de recursos y capacidades que le permitan alcanzar y sostener mejores condiciones de vida, acceder a la red de Protección y Promoción Social, y fortalecer las redes sociales cercanas e institucionales. Este acompañamiento tiene una duración máxima de 24 meses, y su fecha de inicio será el _____.
2) Acompañamiento Sociolaboral, para promover espacios de convivencia, socialización y aprovechamiento del tiempo, a través de actividades ocupacionales que fomenten y orienten el desempeño del tiempo libre para su crecimiento personal, asociatividad e inclusión social. Este acompañamiento tiene una duración máxima de 20 meses, y su fecha de inicio será el _____.
3) Transferencias Monetarias, información acerca de las transferencias monetarias a las que podrá acceder en calidad de Usuario/a del Subsistema "Seguridades y Oportunidades", de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5° del Decreto N° 29 de 2013, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaria de Servicios Sociales, en la medida que se cumplan los requisitos legales y reglamentarios que en cada caso se exigen, y que consisten en Bonos de Protección, mientras participe del Programa.

Nombre Usuario/a _____
RUN _____
Domicilio y Teléfono _____
Comuna y Región _____

__Acepto Plan de Intervención __No acepto Plan de Intervención

Firma o Huella Usuario/a

Nombre y Firma
Monitor/a Comunitario/a

Nombre y Firma
Especialista en Grupos Vulnerables

Fecha: _____ de _____ de 20___

*La no aceptación de este Plan, no excluye el acceso a otros beneficios que reciba o pueda recibir de otros programas del Estado.

6. Anexo: Carta de Aviso Primera y Segunda Visita

CARTA DE AVISO N°__ VISITA

"PROGRAMA VÍNCULOS"

Fecha _____
Hora _____

Estimado/a:

Sr/a _____

Junto con saludarle, informamos a usted que hoy hemos visitado su hogar para invitarle a participar en el "Programa Vínculos" del Ministerio de Desarrollo Social, el que está dirigido a adultos mayores que tengan 65 años y más, que vivan solos/as o con una persona y se encuentren en situación de pobreza. Lamentablemente, no hemos podido tomar contacto con usted, sin embargo, volveremos a realizar una visita el día _____, a las _____horas, oportunidad en la que esperamos invitarle personalmente a participar.

Si a usted no le es posible recibirnos en esa fecha, agradeceré comunicarse conmigo para coordinar una nueva visita.

Sin otro particular, le saluda cordialmente,

Mi nombre es _____
Teléfono _____
Dirección _____

Nombre y Firma Monitor/a Comunitario/a	Nombre y Firma Especialista en Grupos Vulnerables

Nombre Destinatario _____
Dirección _____
Comuna y Región _____

7. Anexo: Carta de Aviso Tercera Visita

CARTA DE AVISO TERCERA VISITA

"PROGRAMA VÍNCULOS"

Fecha _____
Hora _____

Estimado/a:

Sr/a _____

Junto con saludarle, informamos a usted que hoy, por tercera vez, hemos visitado su hogar para invitarle a participar en el "Programa Vínculos" del Ministerio de Desarrollo Social, el que está dirigido a adultos mayores que tengan 65 años y más, que vivan solos/as o con una persona y se encuentren en situación de pobreza, el que mediante el trabajo junto con un Monitor/a, tiene por objeto mejorar la calidad de vida de quienes participan en éste.

Dado que hemos visitado su hogar en tres oportunidades sin que nos haya sido posible entregarle personalmente esta invitación, lamentablemente su participación no será posible durante este año.

En caso que desee más información, puede dirigirse a (Indicar nombre de la Municipalidad o de Ejecutor), ubicada en _____.

Sin otro particular, le saluda cordialmente,

Mi nombre es _____

Nombre y Firma Monitor/a Comunitario/a	Nombre y Firma Especialista en Grupos Vulnerables

Nombre Destinatario/a _____
Domicilio _____
Comuna y Región _____

8. Anexo: Acta de Renuncia

ACTA DE RENUNCIA

"PROGRAMA VÍNCULOS"

En la región de _____, comuna de _____, siendo hoy ___ de _____, de 20__, YO,_____, cédula de identidad N° _____-__, luego de participar durante _____ meses en el Modelo de Intervención para personas que tengan 65 o más años de edad, que vivan solas o con una persona y se encuentren en situación de pobreza, denominado "Programa Vínculos", del Ministerio de Desarrollo Social, he decidido finalizar mi participación en éste, en razón del siguiente motivo:

_____

_____

_____

_____

Con mi renuncia al Programa, declaro estar en conocimiento de que dejaré de percibir los beneficios y transferencias monetarias a que a que tenía derecho como participante del mismo.

Nombre Usuario/a _____
RUN _____
Domicilio y Teléfono _____
Comuna y Región _____

Firma o Huella Usuario/a

Nombre y Firma
Monitor/a Comunitario/a

Nombre y Firma
Encargado/a Comunal

Nombre y Firma
Especialista en Grupos Vulnerables

9. Anexo: Informe de Incumplimiento del Plan de Intervención

INFORME DE INCUMPLIMIENTO DE PLAN DE INTERVENCIÓN

"PROGRAMA VÍNCULOS"

1. Identificación del Usuario/a:

Nombre Usuario/a _____
RUN Usuario/a _____
ID Usuario/a _____
Región _____
Comuna _____
Fecha firma Documento de Compromiso _____
Fecha firma Plan de Intervención _____

Sesión en la que se encuentra	APS	ASL
N° sesiones realizadas		
Última temática		

¿Cuenta con Bono de Protección activo? __Sí __No
¿Cuántos Bonos de Protección se han emitido? _____

2. Descripción de la situación del Usuario/a:
(Describir en detalle la situación de incumplimiento al Plan de Intervención por parte del Usuario/a, consignando acuerdos no cumplidos por parte del Usuario/a, los esfuerzos institucionales para mantener su participación, la cantidad de visitas efectuadas, las problemáticas que le afectan y que le impiden continuar, etc.).

3. Observaciones y/o acuerdos finales

_____
_____
_____
_____

Nombre y Firma
Encargado/a Comunal

Nombre y Firma
Encargado/a Regional

Nombre y Firma
Especialista en Grupos Vulnerables

10. Anexo: Acta de Visita Usuario/a Inubicable en Proceso de Intervención (primera y segunda visita)

AVISO DE VISITA N°__, USUARIO/A INUBICABLE EN PROCESO DE INTERVENCIÓN

"PROGRAMA VÍNCULOS"

Fecha _____
Hora _____

Estimado/a:

Sr/a _____

De acuerdo al Plan de Intervención del "Programa Vínculos", del Ministerio de Desarrollo Social, hoy hemos visitado su hogar; lamentablemente, no hemos podido tomar contacto con usted; sin embargo, volveremos a realizar una visita el día _____, a las _____horas.

Si a usted no le es posible recibirnos en esa fecha, agradeceré comunicarse conmigo para coordinar una nueva visita.

Mi nombre es _____
Teléfono _____
Dirección _____

Nombre y Firma
Monitor/a Comunitario/a

11. Anexo: Carta de Aviso Tercera Visita, Usuario/a Inubicable en Proceso de Intervención

CARTA DE AVISO TERCERA VISITA, USUARIO/A INUBICABLE EN PROCESO DE INTERVENCIÓN

"PROGRAMA VÍNCULOS"

Fecha _____
Hora _____

Estimado/a:

Sr/a _____

Junto con saludarle, informamos a usted que hoy, por tercera vez, hemos visitado su hogar con motivo del desarrollo del Plan de Intervención del "Programa Vínculos", del Ministerio de Desarrollo Social.

Lamentablemente, no hemos podido contactarle para concretar una entrevista y coordinar la continuidad de su participación en el Programa.

En caso que desee más información, puede dirigirse a (Indicar la Municipalidad o Ejecutor), ubicada en _____.

Sin otro particular, le saluda cordialmente,

Mi nombre es _____

Nombre y Firma
Monitor/a Comunitario/a

Nombre Usuario/a _____
Domicilio _____
Comuna y Región _____

12. Anexo: Carta de Aviso (aplicable a Usuario/a inubicable tras tres visitas)

CARTA DE AVISO DE INUBICABILIDAD EN PROCESO DE INTERVENCIÓN

"PROGRAMA VÍNCULOS"

Fecha _____
Hora _____

Estimado/a:

Sr/a _____

Junto con saludarle, informamos a usted que hemos visitado su hogar en tres ocasiones, sin obtener respuesta o comunicación de su parte, habiendo realizado la última de éstas el día _____de _____ de 20_ a las _____ hrs.

Dado que hemos visitado su hogar en tres oportunidades sin encontrarle, la continuidad de su participación en el "Programa Vínculos" del Ministerio de Desarrollo Social, de acuerdo al Plan de Intervención generado para usted, lamentablemente, debemos interrumpir su participación del Programa.

En caso que desee más información, puede dirigirse a (Indicar nombre de la Municipalidad o Ejecutor), ubicada en _____.

Sin otro particular, le saluda cordialmente,

Mi nombre es _____

Nombre y Firma
Monitor/a Comunitario/a

Nombre y Firma
Encargado/a Comunal

Nombre y Firma
Especialista en Grupos Vulnerables

Nombre Usuario/a _____
Domicilio _____
Comuna y Región _____

13. Anexo: Solicitud de Suspensión de la Participación en el Programa

SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE PARTICIPACIÓN

"PROGRAMA VÍNCULOS"

En la región de _____, comuna de _____, siendo hoy ___ de _____, de 20__, YO,_____, cédula de identidad N° _____-__, luego de participar durante _____ meses en el Modelo de Intervención para personas que tengas 65 o más años de edad, que vivan solas o con una persona, y se encuentren en situación de pobreza, denominado "Programa Vínculos", del Ministerio de Desarrollo Social, requiero solicitar voluntariamente la suspensión de mi participación en el Programa, declarando conocer que en dicho período:

- Se suspenderán las visitas de los profesionales que realizan el acompañamiento,
- Se dejarán de cumplir las intervenciones del Programa,
- Se suspenderá el acceso a las acciones y prestaciones sociales, tales como los bonos y transferencias monetarias.

Además, me encuentro informado/a:

- Que el periodo máximo de suspensión es de 12 meses.
- Que terminado el período de suspensión, se reanudará la participación y beneficios por el tiempo que resta para cada una de las acciones y prestaciones planificadas por el ejecutor en los plazos de la convocatoria respectiva.

Indicar el número de meses de suspensión _____

Indicar el o los motivos para solicitar la suspensión:

_____

_____

_____

Nombre Usuario/a _____

RUN _____

Domicilio _____

Firma o Huella Usuario/a

Nombre y Firma
Monitor/a Comunitario/a

Nombre y Firma
Encargado Comunal

Nombre y Firma
Especialista en Grupos Vulnerables

SEGUNDO: DEJASE CONTANCIA que la regulación del presente Programa, regirá a contar de la total tramitación de este acto administrativo para las convocatorias del mismo que se efectúan a contar del año 2018 y se renovará anualmente según normativa vigente.

TERCERO: PUBLÍQUESE en el Sistema de Gestión de Convenios del Ministerio de Desarrollo Social, la presente Resolución y los documentos individualizados en el resuelvo 2° precedente.

CUARTO: INCORPÓRESE por Oficina de Partes, copia digital de la presente resolución en el sistema de gestión documental del Ministerio de Desarrollo Social denominado Socialdoc y **DISTRIBÚYASE** según infrascrito.

"ANÓTESE Y COMUNÍQUESE"

SEBASTIÁN VILLARREAL BARDET
SUBSECRETARIO DE SERVICIOS SOCIALES

PCC/MFJG

Distribución Digital:
- Subsecretaría de Servicios Sociales
- Fiscalía
- Oficina de Partes